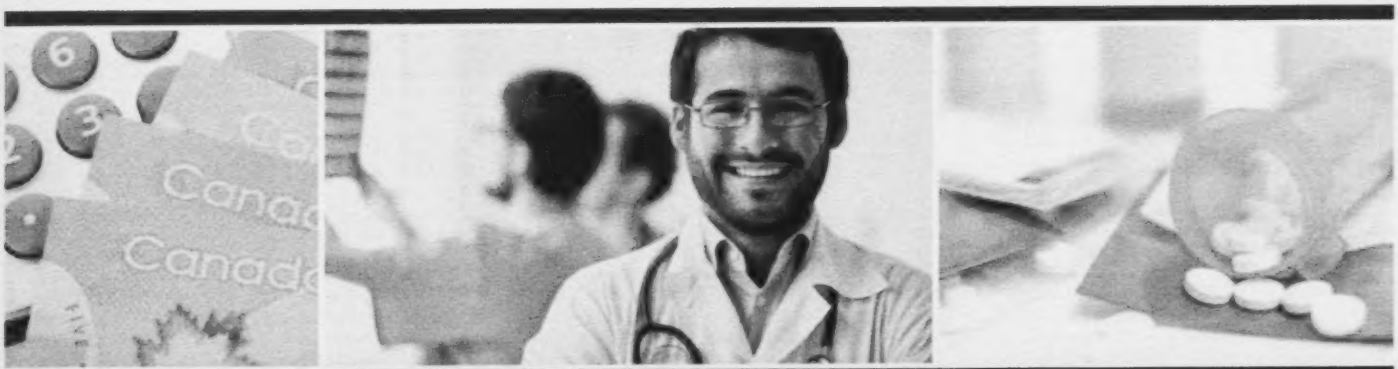
FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA, 2010



PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Economic Burden of Illness in Canada, 2010

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018

Date de publication : février 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP45-21/2018F-PDF
ISBN : 978-0-660-24702-1
Pub. : 170390

FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA, 2010

AVANT-PROPOS

La première version de *Le fardeau économique de la maladie au Canada* a été publiée en 1991 par Santé Canada [1]. Plusieurs versions ont par la suite été publiées; la responsabilité de la production de cette étude relève de l'Agence de la santé publique du Canada depuis 2004 [2] [3] [4]. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2010* contient les données comparables les plus récentes sur le fardeau économique des maladies et des blessures au Canada, selon les maladies, l'âge et du sexe. La première partie du rapport examine les méthodes utilisées pour produire le rapport FEMC tandis que la seconde partie présente un sommaire des résultats. Les utilisateurs qui ont besoin de données du rapport FEMC au niveau de la catégorie de diagnostics sont dirigés vers l'Outil en ligne FEMC, qui se trouve à l'adresse suivante : http://cost-illness.canada.ca/index.php?lang=fra. L'Outil en ligne fournit les données disponibles sur les coûts directs et les coûts rattachés aux décès prématurés en fonction de la catégorie de diagnostics, de l'âge, du sexe et de la province.

La première version du rapport FEMC respectait de près la méthodologie énoncée dans l'une des plus importantes études sur le coût de la maladie (CM) réalisée par Rice (1967) [5]. Au cours des dernières années, les techniques de calcul du CM ont été grandement améliorées; pour que le FEMC continue de produire des données valides et pertinentes du point de vue des politiques, les changements apportés ont été intégrés au besoin. Certains des changements les plus significatifs permettent de renforcer la comparabilité des résultats du FEMC à l'échelle internationale. On parle notamment d'un changement dans les catégories de diagnostics, qui se fondent désormais sur l'*International Short List of Hospital Morbidity Tabulation* (ISHMT) et sur les chapitres de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième version (CIM-10)*, et qui suivent davantage le *Système de comptes de la santé* (SCS) [6].

Les études sur le coût de la maladie, comme le FEMC, qui couvrent l'ensemble de la classification des maladies (permettant ainsi une comparaison réciproque des coûts des maladies en termes de ressources utilisées et aux possibilités perdues), fournissent de l'information utile aux fins de l'élaboration de politiques et de la planification. De tels renseignements peuvent nous aider à comprendre les changements dans les habitudes de pratique en ce qui a trait à l'utilisation des ressources et à clarifier les éléments de coûts les plus importants dans le traitement de certaines maladies. Les données recueillies pour le FEMC peuvent également être combinées à des données sur les résultats et informer les évaluations économiques des politiques sur la santé et les soins de santé. Les données sur l'établissement des coûts du FEMC peuvent aussi servir à modéliser les coûts futurs en santé[1].

[1] Parmi les exemples récents d'utilisation des données du FEMC ou de données semblables, on compte Le Conference Board du Canada [38] et l'OCDE (2014) [40].

REMERCIEMENTS

Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2010 a été préparé par l'équipe Économie de la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada : Alan Diener, Jacqueline Dugas, Ken Eng, Sameer Rajbhandary et Igor Zverev.

Nos remerciements vont également aux organisations qui ont fourni les données : Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, les ministères provinciaux de la Santé et IMS Brogan. Les analyses, les conclusions et les opinions qui s'y trouvent sont celles de l'Agence de la santé publique du Canada et ne reflètent pas nécessairement celles des fournisseurs de données.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS . . . III
REMERCIEMENTS . . . IV
INTRODUCTION . . . 1
COÛT DE LA MALADIE . . . 3
LE SYSTÈME DE COMPTES DE LA SANTÉ . . . 4
MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES . . . 6
COÛTS DIRECTS . . . 6
Coût des soins hospitaliers . . . 8
Dépenses en médicaments . . . 14
Coût des soins médicaux . . . 14
COÛTS INDIRECTS . . . 15
Valeur de la perte de production . . . 15
COÛTS LIÉS À LA PRESTATION DE SOINS . . . 19
RÉSULTATS . . . 20
COÛTS DIRECTS . . . 20
Coût des soins hospitaliers . . . 23
Dépenses en médicaments . . . 31
Coûts des soins médicaux . . . 34
COÛTS INDIRECTS . . . 36
Valeur de la production perdue en raison de la morbidité . . . 38
Valeur de la production perdue en raison de décès prématurés . . . 40
COÛTS LIÉS À LA PRESTATION DE SOINS . . . 44
COÛTS TOTAUX . . . 48
LIMITES . . . 50
RÉFÉRENCES . . . 52
ANNEXE : CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS DU FEMC . . . 55

LISTE DE FIGURE

FIGURE 1 : Éléments du coût de la maladie . . . 5

FIGURE 2 : Affectation des dépenses à l'aide d'une approche descendante . . . 6

FIGURE 3 : Dépenses courantes en santé par affectation de fonds, Canada, 2010 (000 000 $) . . . 21

FIGURE 4 : Chapitres de la CIM les plus coûteux par fonction de santé, coûts des soins hospitaliers seulement, Canada, 2010 . . . 23

FIGURE 5 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers et population par groupe d'âge, Canada, 2010 . . . 25

FIGURE 6 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers selon le groupe d'âge et la fonction de santé, Canada, 2010 . . . 26

FIGURE 7 : Coûts des soins hospitaliers aux personnes hospitalisées selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (en 000 000 $) . . . 27

FIGURE 8 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers aux personnes hospitalisées selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 27

FIGURE 9 : Coûts des soins hospitaliers pour les chirurgies d'un jour selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (en 000 000 $) . . . 28

FIGURE 10 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers pour les chirurgies d'un jour selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 29

FIGURE 11 : Coûts des soins hospitaliers au service des urgences selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (en 000 000 $) . . . 30

FIGURE 12 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers au service des urgences selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 30

FIGURE 13 : Coûts des médicaments selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $) . . . 31

FIGURE 14 : Pourcentage des coûts des médicaments et population par groupe d'âge, Canada, 2010 . . . 32

FIGURE 15 : Pourcentage des coûts des médicaments selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 33

FIGURE 16 : Coûts des soins médicaux selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $) . . . 34

FIGURE 17 : Pourcentage des coûts des soins médicaux et population par groupe d'âge, Canada, 2010 . . . 35

FIGURE 18 : Pourcentage des coûts des soins médicaux selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 36

FIGURE 19 : Coûts de la morbidité selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $) . . . 38

FIGURE 20 : Pourcentage des coûts de la morbidité et population par groupe d'âge, Canada, 2010 . . . 39

FIGURE 21 : Pourcentage des coûts de la morbidité selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 40

FIGURE 22 : Coûts de la mortalité prématurée selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $) . . . 41

FIGURE 23 : Pourcentage des coûts de la mortalité prématurée et population par groupe d'âge, Canada, 2010 . . . 42

FIGURE 24 : Pourcentage des coûts de la mortalité prématurée selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 43

FIGURE 25 : Coûts liés à la prestation de soins par type de soins, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $) . . . 44

FIGURE 26 : Coûts totaux liés à la prestation de soins selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $) . . . 45

FIGURE 27 : Pourcentage des coûts totaux liés à la prestation de soins et population par groupe d'âge, Canada, 2010 . . . 46

FIGURE 28 : Pourcentage des coûts totaux liés à la prestation de soins selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 . . . 47

FIGURE 29 : Pourcentage de coûts directs et indirects par comparaison avec les coûts totaux, Canada, 2010 . . . 49

LISTE DE TABLE

TABLEAU 1 : Dépenses courantes de la BDDNS, Canada, 2010 (000 000 $) 7

TABLEAU 2 : Sources de données utilisées 10

TABLEAU 3 : Totaux du SCS et de la BDDNS par fonction de santé 12

TABLEAU 4 : Dépenses estimatives exprimées en pourcentage des dépenses réelles (000 000 $) 13

TABLEAU 5 : Coûts directs par chapitre de la CIM, Canada, 2010 ($000,000) 22

TABLEAU 6 : Coûts des soins hospitaliers par chapitre de la CIM et fonction de santé, Canada, 2010 ($000,000) 24

TABLEAU 7 : Coûts indirects par chapitre de la CIM, Canada, 2010 37

TABLEAU 8 : Coûts totaux du FEMC, Canada, 2010 48

INTRODUCTION

Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) est une étude globale du coût de la maladie. Elle fournit une estimation du fardeau de la maladie et des blessures en fonction du type de maladie, de l'âge et du sexe. L'objectif principal du FEMC consiste à fournir des renseignements objectifs et comparables sur l'ampleur du fardeau économique – ou coût de la maladie et des blessures – au Canada, selon des unités de mesure et des méthodes uniformisées. Le rapport FEMC est la seule étude globale du coût de la maladie au Canada qui fournit des renseignements comparables sur le coût de tous les principaux problèmes de santé. Il comporte des renseignements sur les éléments de coûts directs et indirects suivants :

Coûts directs

- Dépenses en soins hospitaliers
- Dépenses en soins médicaux
- Dépenses en médicaments sur ordonnance
- Dépenses en services dentaires et en soins de la vue
- Prestation de soins par des professionnels

Coûts indirects

- Production perdue en raison de la morbidité
- Production perdue en raison de décès prématurés
- Prestation de soins par des aidants naturels

En complément d'autres indicateurs de la santé, FEMC fournit des preuves fiables pour l'élaboration et la planification des politiques de santé publique. Les données sur les dépenses (coûts directs) peuvent fournir de l'information sur les changements dans les habitudes en matière de pratiques et dans les tendances relatives aux ressources au fil du temps ou d'un secteur à l'autre. Par conséquent, elles peuvent être utilisées pour les futures décisions en matière d'affectation des fonds dans le secteur de la santé. Par ailleurs, lorsqu'elles sont combinées avec les données sur les résultats, elles peuvent apporter une contribution importante aux évaluations économiques des politiques et des programmes et à d'autres analyses, dans le but ultime d'accroître l'utilisation efficace des ressources.

L'une des utilisations les plus importantes des statistiques économiques agrégées dans le domaine des soins de santé est l'usage à des fins de comparaison internationale. Des efforts ont été déployés pour suivre les lignes directrices de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la production d'estimations des dépenses en fonction des maladies à l'aide du Cadre du Système de comptes de la santé et ainsi produire des estimations comparables à l'échelle internationale se fondant sur des définitions normalisées convenues [7]. Ainsi, les données sont réparties selon le chapitre de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) et, lorsque cela est possible, selon l'une des 185 catégories de diagnostics du FEMC fondées sur l'*International Short List of Hospital Morbidity Tabulation* (ISHMT)[2] [8]. Bien que ces catégories ne correspondent pas parfaitement aux catégories utilisées dans les versions précédentes du FEMC, elles sont plus utiles du point de vue des politiques; l'objectif est de continuer de faire rapport sur ces catégories dans les futures versions du FEMC.

L'inclusion des coûts indirects est un facteur de contribution important du FEMC et permet de mieux comprendre les coûts sociétaux associés à la maladie; il s'agit d'un facteur clé devant être pris en compte au moment d'analyser les politiques. L'importance relative des coûts indirects par rapport aux coûts directs varie considérablement par type de maladie; par conséquent, l'intégration de telles données peut mener à des conclusions différentes. La valeur de la perte de production peut être vue comme étant la baisse de la production économique, ou du Produit intérieur brut (PIB), par suite d'une maladie ou d'une blessure.

Le FEMC suit une approche fondée sur la prévalence. Une étude du CM basée sur la prévalence estime les coûts annuels de tous les cas de maladie existants à l'intérieur d'une période donnée et peut donner un aperçu à un moment précis (p. ex. pour une année donnée).

On remarque deux changements majeurs à la version courante du FEMC, soit une présentation plus en détail des coûts des soins hospitaliers par fonction de santé et l'inclusion des coûts liés à la prestation de soins. Les coûts des soins hospitaliers sont ventilés comme suit : hospitalisations; cliniques externes; chirurgies d'un jour; visites à la salle d'urgence. Il a été possible de faire une estimation des coûts liés à la prestation de soins grâce à l'Enquête sociale générale de 2012 comprenait un module intitulé *Les soins donnés et reçus*, qui contenait les données nécessaires. Les prestations de soins peuvent être données par un professionnel, nécessitant un paiement direct, ou par un membre de la famille ou un ami qui n'est pas payé. Étant donné que la prestation par un proche nécessite tout de même l'utilisation de ressources qui ne peuvent être utilisées ailleurs, ces soins sont pris en compte dans les coûts indirects. Le FEMC comprend les prestations de soins rémunérés par des professionnels et non rémunérés par des aidants naturels. En obtenant de l'information sur ces coûts, on peut obtenir un aperçu d'un autre aspect de la politique en matière de santé.

[2] Les coûts des soins dentaires, des soins de la vue, de la prestation de soins par des professionnels et de la morbidité ont été répartis uniquement au niveau du chapitre de la CIM.

COÛT DE LA MALADIE

Le fardeau économique de la maladie au Canada ne traite pas des coûts totaux de la maladie; l'étude se concentre plutôt sur les coûts directs et indirects, soit les coûts qui ont des répercussions sur les ressources mesurables.

Les coûts directs concernent surtout la consommation de ressources pour traiter des maladies et des blessures et, en général, font référence aux éléments pour lesquels une certaine forme de paiement a été effectué, y compris les dépenses pour les soins médicaux, comme les hospitalisations, les soins ambulatoires et les rendez-vous chez le médecin, les soins de longue durée, les médicaments, les soins médicaux, la prestation de soins par des professionnels, l'équipement, etc.

Les coûts indirects se rapportent aux ressources qui sont perdues pour cause de maladie ou de blessure et qui ne peuvent donc pas être utilisées à d'autres fins, mais qui ne nécessitent pas le versement d'un paiement direct à des fournisseurs de services. Cela englobe les répercussions sur l'offre de travailleurs, comme la valeur de la production perdue en raison de l'absentéisme ou du présentéisme (se présenter au travail sans pouvoir offrir un rendement optimal), qui peuvent générer des incapacités ou une mortalité prématurée, ou tout type de soins donnés sans recevoir de rémunération en échange.

Ensemble, ces coûts nous renseignent sur l'importance des ressources utilisées par rapport à la maladie ou à la blessure. Bien que cette information importante à des fins de planification, elle ne donne pas le fardeau total associé à la maladie.

Les maladies et les blessures ne créent pas uniquement des coûts sociétaux prenant la forme de ressources consommées, mais génèrent également des répercussions sur la santé et des pertes de vie. Alors que certains résultats comme la détresse émotionnelle, la douleur, la perte de vie et d'autres formes de souffrance causées par la maladie et les blessures peuvent être considérés comme étant un CM, ils ne sont habituellement pas pris en compte dans les études sur le CM en raison des difficultés que cela représenterait sur le plan méthodologique. Ces résultats peuvent toutefois être exprimés en termes d'utilité tel que les années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) et en années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI), ou du point de vue monétaire à l'aide des valeurs obtenues dans les études des préférences déclarées et/ou dans les études de la valeur statistique de la vie (VSV). Ces approches sont souvent utilisées pour réaliser des analyses de l'évaluation économique et des évaluations des politiques de réglementation. Étant donné que ces produits défavorables ne sont pas inclus dans le FEMC, on peut considérer que les résultats présentent en fait une sous-estimation de l'importance totale.

La Figure 1 donne une répartition des différents éléments qui peuvent être intégrés dans des études sur le CM.

LE SYSTÈME DE COMPTES DE LA SANTÉ

Les lignes directrices récentes de l'OCDE sur l'estimation des dépenses selon la maladie, l'âge et le sexe fournissent une approche systématique pour évaluer les coûts directs de la maladie en vertu du cadre du *Système de comptes de la santé* (SCS) [6] [7] [9]. Cela permet d'estimé les approximations du CM comparables à l'échelle internationale. Étant donné que le SCS fournit un cadre unique pouvant être utilisé à l'échelle mondiale pour produire des comptes sur les dépenses en santé, il fournit un point de sortie utile et un ensemble commun de définitions pour la production et la consommation des services de santé inclus dans le FEMC.

Le SCS se fonde sur une relation triaxiale qui assure un suivi de la circulation de tous les biens et services en santé selon leur consommation, leur offre et leur financement. En ce qui a trait à la consommation, le SCS fait le suivi des dépenses par fonction de santé en mettant l'accent sur les biens et des services qui sont utilisés. Les fournisseurs de soins de santé englobent les organisations qui fournissent des biens et des services de soins de santé en tant qu'activité principale ainsi que celles pour qui la prestation de soins de santé n'est qu'une activité parmi d'autres. Le volet du financement du FEMC se concentre sur la provenance des fonds. Le FEMC se penche uniquement sur les classifications des fournisseurs et de la consommation puisqu'il s'agit des éléments les plus pertinents du point de vue des politiques et de la planification.

Même si le SCS offre un cadre systématique permettant de répartir toutes les dépenses en soins de santé selon tous les types de classification (fournisseur, consommation et financement), le niveau de détail dépend de la disponibilité des données dans un pays en particulier. Au Canada, les sources de données sont habituellement liées au type de fournisseur de services de santé, ou disponibles en fonction de celui-ci, et offrent une information restreinte quant à la fonction de santé. La section Méthodes et sources de données contient davantage de détails à ce sujet.

FIGURE 1 : Éléments du coût de la maladie [a]

Coûts directs	Paiements de transfert [b]	Coûts indirects	Résultats en santé
• Utilisation ou consommation directe de ressources • Dépenses pour lesquelles un versement direct a été effectué • Biens et services médicaux comme services hospitaliers, médecins, infirmières, médicaments, diagnostics, soins ambulatoires, réadaptation, soins de longue durée, etc. • Prestation de soins par des professionnels • Dépenses relatives à d'autres biens et services, comme les coûts des services de maintien de l'ordre et de la justice pénale rattachés à la toxicomanie	• Paiements versés en raison d'une incapacité de travailler pour cause de maladie (p. ex. par le gouvernement ou l'assurance sociale. On vise le maintien du salaire.) • Allocations versées pour la production domestique de soins de santé (p. ex. par le gouvernement ou l'assurance sociale)	• Ressources ou occasions perdues • Répercussions sur le marché du travail officiel en raison de la morbidité et de la mortalité prématurée • P.ex. absentéisme et présentéisme • Prestation de soins par des aidants naturels	• Souffrances et douleurs • Valeur de la vie

[a] Veuillez noter qu'il pourrait y avoir encore des zones grises ou la possibilité de doubles-emploi.

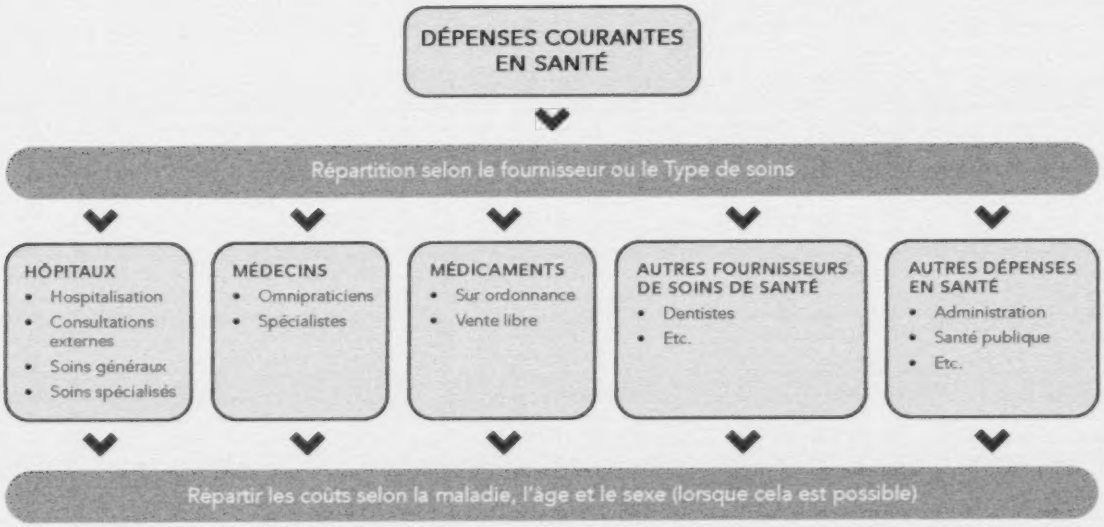
[b] Ces sommes ne sont pas incluses dans le CM du point de vue sociétal puisque ces paiements sont transférés d'un secteur de l'économie à un autre.

MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES

COÛTS DIRECTS

Le FEMC utilise une approche descendante en vertu de laquelle les dépenses totales en santé sont réparties d'après les catégories de diagnostics (selon le CIM-10 et l'ISHMT), l'âge, le sexe et la province ou le territoire. Avec une telle approche, les dépenses réelles en santé, que l'on connaît souvent grâce aux données comptables nationales sur la santé, servent de point de départ, et les dépenses sont réparties par groupes de maladies à l'aide d'une formule d'attribution ou d'utilisation (voir la Figure 2). L'un des avantages de cette approche est que les dépenses ne peuvent être attribuées qu'une seule fois; on évite ainsi les cas de double comptage.

FIGURE 2 : Affectation des dépenses à l'aide d'une approche descendante



Conformément à ce qui a été noté précédemment, les coûts directs comprennent toutes les transactions pour lesquelles une certaine forme de paiement a été effectuée. La Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) contient des données sommaires sur les dépenses provenant de sources publiques et privées qui sont réparties dans les catégories suivantes : hôpitaux et autres établissements; médecins et autres professionnels; médicaments; santé publique; autres dépenses en santé [10]. Il convient de noter que, alors que la BDDNS fait également rapport sur la formation de capital, le FEMC traite uniquement des dépenses courantes afin de suivre les lignes directrices de l'OCDE et du SCS. Le Tableau 1 affiche les dépenses courantes en santé pour le Canada en 2010 par affectation de fonds.

TABLEAU 1 : Dépenses courantes de la BDDNS, Canada, 2010 (000 000 $)

Fonction de santé	Dépenses
Hôpitaux [a]	56,734
Autres établissements	19,991
Médecins [a]	27,445
Autres professionnels	18,853
Services dentaires [b]	11,885
Services de soins de la vue [b]	3,913
Autres	3,055
Médicaments	32,407
Médicaments sur ordonnance [a]	27,565
Médicaments en vente libre	4,842
Santé publique	9,847
Administration	5,817
Autres dépenses en santé	11,966
Recherche en santé	3,409
Autres	8,557
Cout total	**$183,059**

SOURCE : NHEX 2015

[a] Dépenses qui pourraient être réparties par maladie.

[b] Les soins de la vue et les services dentaires n'ont pu être répartis qu'au niveau du chapitre de la CIM.

Au Canada, les dépenses courantes totales en santé, en 2010, étaient de 183,1 milliards de dollars. Dans le cas du FEMC, il a été possible de répartir 127,6 milliards de dollars (ou 70 %) au niveau des chapitres de la CIM; ce montant représentait les dépenses pour les hôpitaux, les médecins, les services dentaires, les soins de la vue et les médicaments sur ordonnance. Il n'a pas été possible de répartir les services dentaires et les soins de la vue au-delà du niveau du chapitre de la CIM. Au niveau des catégories de diagnostics du FEMC, il a été possible de répartir uniquement les dépenses pour les hôpitaux, les médecins et les médicaments sur ordonnance, ce qui représente 61 %, ou 111,8 milliards de dollars, de toutes les dépenses en santé.

Pour pouvoir répartir les dépenses en fonction des catégories de diagnostics, on se doit d'avoir une certaine formule de répartition. Plusieurs bases de données administratives ont été utilisées à cette fin. Puisque les données étaient habituellement présentées selon le type de fournisseur, les méthodes exactes sont soumises en fonction du type de fournisseur. En général, on a utilisé des données au niveau des patients; dans le cadre d'une approche descendante, cela renforce l'utilité des résultats, car ces derniers illustrent davantage les véritables répercussions sur les ressources qui sont attribuées aux différentes maladies.

Coût des soins hospitaliers

Le coût des soins hospitaliers inclut tous les coûts liés au fonctionnement et à l'entretien des hôpitaux publics et privés du Canada : les médicaments administrés dans les hôpitaux, les fournitures médicales, les services thérapeutiques ou diagnostiques destinés aux patients externes, les frais administratifs, certains coûts liés à la recherche, l'hébergement et les repas des patients, l'entretien des locaux ainsi que la rémunération brute du personnel hospitalier (p. ex. médecins à l'emploi de l'établissement, infirmières, techniciens et étudiants en médecine) [10].

Les bases de données suivantes ont été utilisées pour répartir les coûts par maladie :

Base de données sur les congés des patients (BDCP) : La BDCP contient de l'information sur les sorties (congés, décès, départs volontaires et transferts) de la plupart des hôpitaux au Canada, sauf ceux du Québec. Cela comprend des données liées à toutes les hospitalisations de courte durée, des données sur les chirurgies d'un jour pour la plupart des provinces et des territoires et certaines données sur les sorties des patients hospitalisés en soins de longue durée, en réadaptation ou en psychiatrie [11] [12]. La BDCP contient les données d'environ 75 pour cent de tous les sorties faisant suite aux hospitalisations. Cela représente la plupart des dépenses relatives aux hospitalisations hors du Québec.

Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) : La BDMH est une base de données nationale qui contient des renseignements sur les sorties faisant suite aux hospitalisations de courte durée. Elle contient cependant des données sur les sorties faisant suite aux hospitalisations de courte durée au Québec et exclut les données sur les chirurgies d'un jour [13] [14].

Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) : Le SNISA contient des renseignements sur toutes les sorties faisant suite à des soins ambulatoires en Ontario (chirurgies d'un jour, soins d'urgence, soins en clinique et autres soins ambulatoires), de même que sur certaines sorties faisant suite à des soins ambulatoires reçus dans plusieurs autres provinces et territoires [15] [16].

Les abrégés de chirurgies d'un jour sont soumis à la fois à la BDCP et au SNISA (selon la province ou le territoire) dans les proportions suivantes : environ 64 % des abrégés sont envoyés au SNISA et environ 36 %, à la BDCP[3].

Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH) : La BDSMMH contient des renseignements sur toutes les sorties faisant suite à une hospitalisation en psychiatrie en Ontario et sur toutes les sorties de patients occupant un lit réservé aux soins psychiatriques pour adultes dans les hôpitaux généraux de l'Ontario. Ces renseignements sont partiels dans le cas des autres provinces et des territoires [17] [18]. La BDSMMH contient aussi des renseignements tirés de la BDCP et de la BDMH sur toutes les sorties d'hôpitaux généraux associées à un diagnostic principal de maladie mentale. Ainsi, la BDSMMH contient tous les renseignements disponibles sur les sorties à la suite de soins en santé mentale.

[3] Les données sur les chirurgies d'un jour pour l'Ontario et l'Alberta étaient inscrites dans le SNISA, tandis que celles pour la Nouvelle-Écosse étaient inscrites à la fois dans la BDCP et dans le SNISA. Le Québec ne transmet pas de rapports de chirurgie d'un jour à la BDCP ni au SNISA.

ESTIMATION DES COÛTS

Les bases de données contiennent jusqu'à vingt-cinq diagnostics possibles pour chaque sorti consigné en tant que code CIM-10, CIM-9 ou DSM-IV, habituellement composés de cinq chiffres. Chaque enregistrement consigne le diagnostic principal que l'on définit comme étant « le diagnostic ou l'affection qui peut être décrit comme étant le diagnostic principalement responsable du séjour du patient dans un établissement de soins de santé. En présence d'affections multiples, choisissez celle qui est responsable de la majeure partie du séjour ou qui nécessite les ressources les plus importantes. » [19]

Des données relatives aux coûts ont été fournies pour chaque sorti de l'hôpital dans la BDCP, le SNISA et la BDSMMH; il a donc été possible de répartir les dépenses en milieu hospitalier en fonction de la maladie, de l'âge et du sexe. On utilise habituellement deux méthodes pour établir les coûts à l'aide de données sur les congés : la méthode du tarif par jour et la méthode de la pondération de la consommation des ressources (PCR). Avec la méthode du tarif par jour, la durée du séjour à l'hôpital est multipliée par le tarif d'établissement par jour moyen, qui peut être calculé à l'échelle de l'hôpital ou de la région. Même si le nombre de jours passés à l'hôpital peut être un bon indicateur aidant à définir en partie les soins hospitaliers, l'utilisation de données uniquement sur la durée du séjour ne tiendrait pas compte du type de soins reçus. Par exemple, la différence de coût est grande entre un séjour dans un service général et un séjour aux soins intensifs. Par ailleurs, certaines maladies nécessitent des traitements plus coûteux qui demandent davantage de ressources. Voilà pourquoi la méthode du tarif par jour risque de ne pas donner une bonne estimation des coûts.

Afin de pouvoir établir les coûts en fonction de la consommation réelle de ressources, l'ICIS a fourni une pondération de la consommation des ressources (PCR) et un coût par cas pondéré (CPCP) pour chaque sorti dans deux de ses bases de données, soit la BDCP et le SNISA. La PCR est une mesure de l'intensité avec laquelle chaque patient a consommé des ressources hospitalières. L'ICIS tient compte de plusieurs facteurs dans son calcul des valeurs de la PCR : le groupe composant la clientèle, l'âge, la comorbidité, le nombre d'interventions signalées, un facteur d'épisodes d'intervention, un facteur d'interventions hors hôpital et les interactions potentielles [20]. Par conséquent, la PCR offre une méthode plus fiable de répartition des dépenses par maladie puisqu'elle tient compte du fait que les patients consomment les ressources à différents niveaux d'intensité en raison de leurs caractéristiques personnelles, de leurs diagnostics primaires et des traitements qu'ils reçoivent. Les PCR sont multipliées par le CPCP pour obtenir le coût par enregistrement. Puisque l'on ne dispose pas d'information quant à la mesure dans laquelle chacun des diagnostics enregistrés peut avoir contribué aux dépenses rattachées au sorti en question, tous les coûts ont été attribués au problème de santé défini comme étant le principal raison de l'hospitalisation.

Dans le but d'estimer les dépenses associées aux sortis qui se retrouvent dans les autres bases de données, les coûts moyens par catégorie de diagnostics, par groupe d'âge et par sexe ont été calculés à l'aide de la BDCP et appliqués aux données tirées de la BDMH et de la BDSMMH. Une fois les coûts établis pour chaque sorti de l'hôpital, ces mêmes coûts sont ensuite regroupés selon les catégories de diagnostics et les chapitres de la CIM par sexe, par groupe d'âge et par province/territoire. (Il faut noter que le calcul du tarif par jour et la PCR utilisent des méthodes différentes et englobent des éléments de coût différents; chaque méthode obtient donc des coûts totaux différents. Par conséquent, tandis que la BDSMMH contenait des éléments de coût rattachés au tarif par jour, la méthodologie mentionnée ci-dessus a été appliquée à des fins d'uniformité.)

Le Tableau 2 contient de l'information sur la couverture des ensembles de données utilisés pour estimer les dépenses en soins hospitaliers par maladie.

TABLEAU 2 : Sources de données utilisées

Base de données	Couverture géographique	Couverture de la fonction de santé	Catégories de diagnostics couvertes	Pondération de la consommation des ressources (PCR) ou tarif par jour
Base de données sur les congés des patients (BDCP)	Tout le Canada, à l'exception du Québec	Hospitalisation Chirurgie d'un jour	Tous	PCR
Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)	Tout le Canada, y compris le Québec	Hospitalisation	Tous	S.O.
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	Surtout l'Ontario et l'Alberta Données limitées pour d'autres PT N'inclut pas le Québec	Chirurgie d'un jour Cliniques externes Consultation externe – urgence	Tous	PCR
Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)	Tout le Canada, à l'exception du Québec (y compris les installations psychiatriques et les diagnostics de santé mentale dans d'autres hôpitaux)	Hospitalisation	Tous [a]	Tarif par jour

[a] La BDMH contient des données sur tous les sorties dont le diagnostic principal relève du chapitre V de la CIM, Troubles mentaux et comportementaux, ainsi que les sorties des hôpitaux psychiatriques. Dans le premier cas, les sorties sont également consignés dans la BDCP; par conséquent, seuls les sorties qui étaient propres à la BDSMMH ont été utilisés par le FEMC.

Bien que la BDDNS fournisse des données en fonction de l'utilisation des fonds, les catégories utilisées sont davantage axées sur le type de fournisseur que sur la fonction de santé pour le type de soins. Par exemple, les hôpitaux assurent différents types de soins, dont l'hospitalisation, et divers types de services ambulatoires ou externes. Ces services devraient être examinés séparément puisque l'on observe des écarts majeurs dans la façon dont les soins sont fournis, dans les ressources utilisées et dans les types de problèmes de santé traités. Conformément au SCS, les dépenses en soins hospitaliers ont ensuite été réparties dans les fonctions suivantes : hospitalisation; chirurgie d'un jour; cliniques externes; visites à la salle d'urgence; autres (y compris les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins préventifs et les services auxiliaires)[4]. Il est à noter que ces catégories ne concordent pas exactement avec les catégories fonctionnelles du SCS, qui établissent d'abord une distinction entre les soins curatifs (HC.1) et la réadaptation (HC.2) puisque les données canadiennes combinent ces deux catégories.

Même si le SCS et la BDDNS sont tous deux des cadres de reddition de comptes en santé et couvrent les mêmes ensembles de dépenses, en raison de différences dans les définitions appliquées, les dépenses totales inscrites dans chaque cadre sont légèrement différentes. Par exemple, les données rattachées aux hôpitaux dans le SCS n'englobent pas certaines dépenses, comme les éléments de la recherche, de la formation des travailleurs de la santé, du service de pastorale ou du travail social. En 2010, ces éléments ont totalisé 2,8 milliards de dollars; le total des coûts des soins hospitaliers dans la BDDNS (et celui utilisé dans le FEMC) s'élevait à 56,7 milliards de dollars tandis que le total des coûts des soins hospitaliers dans le SCS était de 53,9 milliards de dollars[5].

Le Tableau 3 comprend les totaux du SCS pour l'ensemble des hôpitaux (HP.1) et donne une ventilation par fonction. Dans le but de ventiler le total des coûts des soins hospitaliers contenu dans la BDDNS entre les différentes fonctions, la méthode de répartition du SCS a été utilisée. Par exemple, 52 % des dépenses du SCS ont été attribuées aux soins aux personnes hospitalisées. En appliquant ce pourcentage, on obtient une estimation de 29,5 milliards de dollars pour les soins aux personnes hospitalisées, d'après le total de la BDDNS (et du FEMC) pour la catégorie des hôpitaux. Les valeurs des dépenses pour le reste des fonctions ont été estimées de la même façon.

---

[4] Ces catégories correspondent aux catégories du SCS HC.1.1 et HC.2.1 (Soins curatifs et réadaptation en hospitalisation), HC.1.2 et HC.2.2 (Soins curatifs et réadaptation de jour) ainsi que HC.1.3 et HC.2.3 (Soins curatifs et réadaptation en mode ambulatoire). La catégorie « autres » englobe HC1.4 et HC.2.4 (Soins curatifs et réadaptation à domicile), HC.3 (Soins de longue durée), HC.4 (Services auxiliaires) et HC.6 (Services de prévention).

[5] Cela correspond à la catégorie du SCS HP.1 Hôpitaux.

TABLEAU 3 : Totaux du SCS et de la BDDNS par fonction de santé

Fonction du SCS	Type de soins	SCS – dépenses (000 000 $)	Pourcentage de toutes les dépenses liées aux soins hospitaliers (avec le SCS)	BDDNS – dépenses (000 000 $)
HC.1.1 et HC.2.1	Soins curatifs et réadaptation en hospitalisation	28 000	52,0 %	29 500
HC.1.2 et HC.2.2	Soins curatifs et réadaptation de jour	7 300	13,6 %	7 700
HC.1.3 et HC.2.3	Soins curatifs et réadaptation en mode ambulatoire	14 100	26,2 %	14 900
HC.1.4 et HC.2.4	Soins curatifs et réadaptation à domicile	200	0,4 %	200
HC.3	Soins de longue durée	3 600	6,7 %	3 800
HC.4	Services auxiliaires (non précisés par fonction)	300	0,6 %	300
HC.5	Biens médicaux (non précisés par fonction)	—	—	—
HC.6	Services de prévention	300	0,6 %	300
HC.7	Gouvernance	—	—	—
Tous les hôpitaux (HP.1)		53 900	100 %	56 700

SOURCE : OCDE (2017) [21] et ICIS (2015) [10]

Les bases de données susmentionnées contiennent des données administratives; toutefois, il n'est pas obligatoire de les remplir pour tous les types de fonction dans toutes les administrations. On obtient ainsi une valeur estimée totale pour toutes les dépenses prises en compte dans ces bases de données d'un peu plus de 33,1 milliards de dollars, ou 58 % de la valeur totale des coûts des soins hospitaliers selon la BDDNS (56,7 milliards de dollars). Le Tableau 4 affiche la valeur totale des dépenses obtenue à partir des données administratives (c.-à-d. les sorties), par comparaison avec les données de la BDDNS, réparties par fonction de santé.

Il est à noter que les consultations externes ont été à nouveau ventilées en visites à la salle d'urgence et en visites dans les cliniques. Les consultations externes regroupent en fait les services donnés à un patient qui n'est pas officiellement hospitalisé et qui ne séjourne pas dans l'établissement. Cela comprend les visites à la salle d'urgence ainsi que d'autres services que l'on peut définir, au sens large, de visites dans les cliniques. Le SCS ne fournit pas d'information permettant de faire une ventilation plus détaillée de cette catégorie. Cependant, selon l'ICIS, la BDCP et le SNISA contiennent 50 % de toutes les dépenses liées aux visites à l'urgence. Par conséquent, la valeur totale des visites à l'urgence a été estimée en doublant la valeur obtenue dans ces deux ensembles de données. La catégorie « autres » constitue les soins à domicile, les soins de longue durée, les services auxiliaires et les soins préventifs. En raison des limites des données, il n'a pas été possible de fournir des résultats à un niveau plus détaillé.

Il est évident que le pourcentage des dépenses prises en compte variait selon la fonction. Par exemple, il a été possible de tenir compte de 90 % des dépenses liées aux hospitalisations, mais de seulement 16 % des dépenses rattachées aux cliniques externes à l'aide des données sur les sorties tirées des bases de données mentionnées précédemment. Afin d'estimer la différence, les coûts moyens par catégorie de diagnostics ont été appliqués après ajustement en fonction du groupe d'âge et du sexe. Pour que les données sur les dépenses de l'ensemble des provinces demeurent correctes, cette façon de faire a été répétée pour chaque province et fonction.

TABLEAU 4 : Dépenses estimatives exprimées en pourcentage des dépenses réelles (000 000 $)

Fonction de santé	Total des dépenses de la BDDNS réparti par affectation du SCS (000 000 $)	Dépenses estimées à partir des données sur les sorties (000 000 $)	% des dépenses prises en compte
Hospitalisation (HC.1.1 et HC.2.1)	29 482,4 $	26 559,5 $	90 %
Chirurgie d'un jour (HC.1.2 et HC.2.2)	7 723,7 $	2284,8 $	30 %
Consultation externe – urgence [a]	4 075,2 $	2 035,2 $	50 %
Consultation externe – cliniques [a]	10 782,8 $	1 746,9 $	16 %
Autre [b]	4 669,8 $	539,0 $	12 %
Total	56 733,9 $	33 165,5 $	58 %

SOURCE : L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), « Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2015 », « Base de données sur les congés des patients (BDCP), 2010–2011 », « Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH), 2010 », « Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2010–2011 »

[a] Regroupe HC.1.3 et HC.2.3

[b] Comprend HC.1.4, HC.2.4, HC.3, HC.4, HC.5, HC.6, HC.7

Dépenses en médicaments

Les estimations des dépenses en médicaments comprennent le coût pour le secteur privé et le secteur public des médicaments sur ordonnance vendus au détail. Elles correspondent au coût final pour le consommateur, qui comprend notamment les honoraires professionnels, la marge commerciale et les taxes applicables. Les médicaments administrés dans les hôpitaux et les autres établissements sont exclus du calcul puisqu'ils font partie de la composante de coût correspondant aux soins hospitaliers dans le cadre du FEMC. Seules les dépenses en médicaments sur ordonnance pourraient être réparties par maladie, par âge et par sexe.

Les données proviennent de deux ensembles de données d'IMS Brogan : CompuScript (CS) et Index canadien des maladies et traitements (ICMT) [22] [23]. CS contient de l'information sur les coûts totaux en médicaments sur ordonnance de près de 70 % de toutes les pharmacies au Canada, y compris le prix de détail et les frais d'ordonnance, et sur le volume total d'ordonnances vendues dans les pharmacies de détail partout au Canada, sauf dans les territoires.

L'ICMT est une enquête qui fournit de l'information sur les habitudes en matière de prescription d'un groupe de médecins exerçant en cabinet au Canada [22]. Il recueille de l'information sur les caractéristiques démographiques des patients (p. ex. sexe et âge), les diagnostics (selon le code de la CIM-9) et les médicaments prescrits, ce qui permet de mettre en correspondance les noms des médicaments avec les diagnostics, selon les caractéristiques des patients. Cet outil sert également de formule d'utilisation pour la ventilation des dépenses en médicaments en fonction de la catégorie de diagnostics, de l'âge et du sexe.

L'ICMT utilise l'Uniform System of Classification (USC), un système de classement élaboré par IMS Brogan, pour normaliser et classifier tous les médicaments selon leur type et leur classe thérapeutique. L'USC est utilisé par IMS Brogan en Amérique du Nord pour classer les médicaments selon la classe thérapeutique, la pharmacologie du médicament, la structure chimique et les indications d'emploi. Ce système ressemble un peu au système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé.

Les données de l'ICMT pour les provinces des Prairies (Manitoba, Saskatchewan et Alberta) et des Maritimes (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Nouveau-Brunswick) ne sont pas enregistrées séparément, mais plutôt regroupées par région. Par conséquent, chaque province au sein d'une région a supposé avoir une répartition comparable des dépenses en médicaments dans l'ensemble des groupes d'âge, des sexes et des catégories de diagnostics. L'ICMT ne comprend pas de données concernant les territoires.

Coût des soins médicaux

Le coût des soins médicaux englobe tous les services rémunérés à l'acte (SRA) payés aux médecins exerçant en cabinet par les régimes d'assurance-maladie des provinces ou des territoires de même que les paiements accordés en vertu des autres régimes de remboursement (comme les salaires, les paiements à la séance et les honoraires fixés par tête). Les coûts des soins médicaux ne comprennent pas les dépenses rattachées aux praticiens non traditionnels et aux autres professionnels de la santé, qui se retrouvaient dans la catégorie de la BDDNS Dépenses directes en soins de santé, ni les dépenses liées aux médecins en milieu hospitalier qui sont comprises dans la catégorie Coûts des soins médicaux [10].

Actuellement, seules les données sur les SRA payés aux médecins contiennent les renseignements nécessaires pour répartir les dépenses selon la catégorie de diagnostics, l'âge et le sexe. Puisqu'il a été possible d'obtenir des données sur les SRA payés aux médecins uniquement pour l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique, ces données ont été utilisées pour établir les coûts des soins médicaux pour les autres provinces et les territoires (à l'aide de valeurs moyennes ajustées selon l'âge). Cette approche suppose que ces quatre provinces sont représentatives de l'ensemble de la population canadienne. Bien que cela représente moins de la moitié des administrations canadiennes, ces provinces regroupent environ 65 % de la population totale.

Les données provinciales/territoriales de facturation des médecins rémunérés à l'acte ont servi à répartir le montant facturé entre les catégories de diagnostics, les groupes d'âge et le sexe. Les dépenses moyennes pour chaque catégorie de diagnostics ajustées en fonction du groupe d'âge et du sexe ont été établies; l'information ainsi obtenue a servi à estimer la différence entre les dépenses totales calculées à partir des données sur la rémunération à l'acte et les totaux inscrits dans la BDDNS[6].

COÛTS INDIRECTS

Valeur de la perte de production

Les maladies et les blessures peuvent générer des pertes de production pour la société dans son ensemble, que ce soit en raison de la morbidité ou de la mortalité prématurée. Il peut s'agir de pertes liées à la fois à du travail rémunéré et non rémunéré. Les deux principales répercussions sur le travail rémunéré sont les suivantes : (i) l'absentéisme, qui signifie qu'un travailleur s'absente d'un travail rémunéré par suite d'une maladie ou d'un décès prématuré; (ii) le présentéisme, c'est-à-dire qu'un travailleur malade se présente tout de même au travail sans pouvoir offrir un rendement optimal[7]. Voici des exemples de présentéisme : une maladie bénigne ou la période de récupération après une absence. Le travail non rémunéré comprend la prestation de soins, le bénévolat, les activités ménagères ou toute autre activité qui ne se fait pas habituellement sur le marché du travail. Puisque les données sur le présentéisme et le travail non rémunéré sont insuffisantes, le FEMC de 2010 comprend uniquement des estimations des pertes de production causées par la morbidité et la mortalité prématurée.

Pour estimer la valeur de la perte de production, il est nécessaire de commencer par mesurer la durée de l'absence du travail puis d'évaluer cette estimation à l'aide d'une variable représentative de la valeur de cette production. Deux approches généralement reconnues sont utilisées pour estimer la période de production perdue, soit la méthode du capital humain (MCH) et la méthode du coût de friction (MCF).

---

6 Cela englobe également les dépenses liées aux autres régimes de remboursement ainsi que les dépenses médicales des administrations municipales, des caisses de sécurité sociale et du gouvernement fédéral.

7 Les types de perte de production sont légèrement plus nuancés et peuvent également comprendre des mécanismes de rémunération et des effets multiplicateurs. Voir Krol et coll. (2013) pour obtenir plus de détails sur l'évaluation des coûts de production.

La MCH, qui a été utilisée dans des études précédentes sur le CM, estime les pertes de production causées par une incapacité permanente ou la mortalité pour une année donnée alors que la valeur des gains éventuels d'un individu est comptabilisée jusqu'à l'âge prévu de sa retraite [5]. Cette méthode repose sur l'hypothèse du chômage involontaire nul; autrement dit, elle suppose implicitement que, lorsqu'une personne meurt, elle ne peut être remplacée. Cette supposition est peu plausible aujourd'hui compte tenu de la conjoncture du marché du travail, où le taux de chômage n'a pas diminué sous la barre des 6 % depuis les années 1970 (sauf pendant une courte période à la fin de 2007 et au début de 2008). Par conséquent, la MCH risque de surestimer la véritable valeur de la perte de production.

Plus récemment, des chercheurs de l'Université Erasmus ont élaboré la MCF [24] [25] [26]. Cette méthode suppose un chômage involontaire non nul et suppose que, si une personne quitte un emploi pour cause de morbidité ou de mortalité prématurée, elle sera remplacée par un travailleur ou une travailleuse qui était en chômage auparavant. La période nécessaire pour que le nouveau travailleur décroche l'emploi et suive une formation adéquate est appelée période de friction. Plus précisément, la période de friction débute lorsque la personne quitte son emploi en raison d'une maladie ou d'une blessure et se termine au moment où le poste de cette personne est comblé ou lorsque la chaîne de postes vacants est remplie.

Avec la MCF, la production perdue en raison de la morbidité ou de la mortalité prématurée ne doit pas aller au-delà de la période de friction. Dans le cas des absences du travail de courte durée, il est possible de rétablir en partie la perte de production de l'individu avec le retour au travail de celui-ci ou en faisant appel à des ressources internes de l'entreprise. Lorsque la période d'absence d'un travail rémunéré est brève, il se peut que les estimations obtenues à l'aide des deux méthodes ne soient pas différentes. Si la période est plus longue, la MCF entraînera une estimation du coût plus basse que la MCH. La MCF va dans le même sens que la méthode sociétale; elle est recommandée dans les Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) [27] [28].

Il est important de noter que la MCH, avec ses fortes hypothèses, génère ce que l'on pourrait appeler la limite supérieure de la valeur de la perte de production causée par la mortalité, tandis que la MCF pourrait être perçue comme la limite inférieure, ce qui donnerait alors une estimation plus conservatrice de la valeur de la perte de production causée par la mortalité.

Des données sur la durée des périodes de vacance ont été utilisées par Koopmanschap et van Ineveld (1992) et par Koopmanschap et ses collaborateurs (1995) pour évaluer la période de friction s'appliquant aux Pays-Bas [25] [26]. Comme nous n'avons pas pu obtenir ce genre de données pour le Canada, nous nous sommes servis de la durée moyenne du chômage à l'échelle de la province comme variable représentative de la période de friction. De même, ne disposant pas de données sur la durée du chômage pour les territoires, nous avons utilisé la durée moyenne du chômage à l'échelle nationale comme variable substitutive. La durée du chômage utilisée dans l'analyse variait de 13,6 à 22 semaines. Cela est conforme aux périodes de friction que l'on retrouve dans la littérature [29] [30].

La MCF a été utilisée pour la première fois par le FEMC dans sa version 2005–2008. Compte tenu des différences qui existent entre la MCH et la MCF, il faut éviter de comparer les estimations du FEMC avec les estimations des versions antérieures du rapport. Koopmanschap et ses collaborateurs ont estimé le coût de la mortalité pour les Pays-Bas en 1988 en se servant des deux méthodes et ont constaté que les coûts établis à l'aide de la MCH étaient 53 fois plus élevés [25].

La valeur de la perte de production a été estimée pour la population en âge de travailler à l'aide des revenus propres à l'âge, au sexe et à la province qui s'appliquaient [31]. Puisqu'il n'est pas possible d'obtenir des données sur les revenus pour les territoires, des moyennes nationales correspondantes ont été appliquées. Afin de tenir compte des personnes qui ne se trouvent pas sur le marché du travail, les résultats ont été multipliés par le taux d'emploi propre au sexe, à l'âge et à la province qui s'applique [32].

Suite à l'augmentation des absences et la diminution de la productivité, la maladie peut avoir une incidence sur les possibilités d'emploi et les revenus. Les personnes ayant des maladies chroniques sont plus susceptibles de prendre régulièrement des congés de maladie, de s'absenter du travail pour de longues périodes et faire face à une retraite plus tôt. Des recherches menées récemment ont cherché à estimer plus particulièrement ces répercussions sur le marché du travail; bien qu'il s'agisse de facteurs importants, ces répercussions ne cadrent présentement pas avec le mandat du FEMC [33].

VALEUR DE LA PRODUCTION PERDUE EN RAISON DE LA MORBIDITÉ

Le module Perte de productivité de l'édition 2010 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada a servi à estimer le nombre de journées de travail perdues en raison de la maladie et de blessures [34]. L'ESCC est une enquête transversale permettant de recueillir des données sur l'état de santé, les déterminants de la santé et le recours aux soins de santé dans la population canadienne [35].

Pour l'estimation du coût de la morbidité pour la période 2010, la période de production perdue correspond au nombre de journées de travail perdues en raison de maladies chroniques et d'affections aiguës. Plus particulièrement, les répondants à l'ESCC devaient indiquer le nombre de journées de travail perdues à cause de la maladie ou de traumatismes dans les trois mois ayant précédé l'enquête. Dans le module Perte de productivité de l'ESCC, la maladie chronique est définie comme une condition physique ou mentale de longue durée (six mois ou plus) diagnostiquée par un professionnel de la santé. Pour les besoins de l'analyse du FEMC, les répondants qui ont participé au module Perte de productivité de l'ESCC de 2010 ont été regroupés dans les trois catégories suivantes selon leurs réponses aux questions du sondage. Ces catégories sont les suivantes : a perdu moins de 90 jours de travail en raison de la maladie ou des blessures au cours des trois derniers mois; a perdu 90 jours de travail consécutifs en raison de la maladie ou des blessures au cours des trois derniers mois, mais a travaillé au cours des 12 derniers mois; et exclus de l'analyse[8].

[8] Les personnes qui ont dit avoir perdu des journées de travail en raison de la maladie ou des traumatismes, mais qui n'avaient pas travaillé au cours des 12 mois précédents, ont été exclues de l'analyse.

Dans le cas des répondants qui ont dit avoir perdu moins de 90 jours de travail au cours des trois derniers mois, le nombre exact de journées perdues a été multiplié par quatre (annualisation) pour déterminer la période de production perdue. Pour ce qui est des répondants de la deuxième catégorie, la période de friction estimée (durée de la période de chômage) a été utilisée. Comme ces répondants avaient déclaré avoir travaillé au cours des 12 derniers mois, il a été tenu pour acquis que leur période de friction se situait dans cette année-là et qu'ils avaient été remplacés à l'issue de cette période. Tous les répondants qui avaient déclaré ne pas avoir travaillé au cours des 12 derniers mois ont été exclus de l'analyse, car la période de friction de ces personnes et la perte de production correspondante se seraient situées dans une autre année.

Le nombre estimé de journées de travail perdues d'après l'ESCC a été ventilé par catégorie de diagnostics selon les problèmes de santé physique et de santé mentale déclarés par les répondants. Étant donné que l'ESCC posait des questions seulement sur les grands groupes de maladie ou de blessure, les estimations de la valeur de la perte de production contenues dans le FEMC de 2010 sont disponibles uniquement au niveau des chapitres de la CIM. De plus, des directives de Statistique Canada limitent la diffusion de données reposant sur de faibles fréquences par case; cela a donc eu une incidence sur les possibilités de regroupement des données. Par conséquent, il est possible d'obtenir des estimations du coût de la morbidité uniquement pour des groupes d'âge plus larges (15–34 ans, 35–54 ans et 55–75 ans)[9]. On a pu attribuer 73 % des coûts de la morbidité à un chapitre de la CIM; les autres coûts ont été marqués comme étant non répartis.

Il convient de noter que les méthodes appliquées pour produire ces estimations sont exactement les mêmes que celles utilisées pour estimer la valeur de la production perdue en raison de la morbidité dans le FEMC 2005–2008. La seule différence réside dans le fait que l'information (prenant la forme de codes de la CIM) pour la question LOP_050 « Autre – Précisez » de l'ESCC de 2010 portant sur le problème de santé a été obtenue auprès de Statistique Canada. Cela a permis de réduire la portion non répartie des coûts de la morbidité de 2 milliards de dollars.

VALEUR DE LA PRODUCTION PERDUE EN RAISON DE DÉCÈS PRÉMATURÉS

Afin de respecter l'approche du CM fondée sur la prévalence, il faudrait inclure toutes les pertes de production qui seraient survenues en 2010 si ce n'avait été de l'existence d'une maladie ou d'une blessure. Cela demanderait de revenir aux derniers mois de 2009 pour cibler les décès prématurés ayant contribué à une perte de production en 2010. La période sur laquelle il faudrait revenir serait tributaire de la période de friction qui s'applique. En 2010, la période de chômage variait entre 13,6 semaines (3,1 mois) et 22 semaines (5,1 mois).

[9] Les individus de moins de 15 ans et de plus de 75 ans n'ont pas pu participer au module Perte de productivité de l'ESCC puisque l'on estime que ces individus sont peu susceptibles d'être sur le marché du travail et donc d'entraîner une perte de production relative aux activités sur le marché du travail.

Des données tirées de Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès (2010) de Statistique Canada ont été utilisées pour estimer la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée. Cette base de données renferme des renseignements sur tous les décès survenus au Canada, notamment la date du décès, la cause du décès (indiquée par un code de CIM-10) ainsi que l'âge, le sexe et la province/territoire de résidence de la personne décédée. La valeur de la production perdue en 2010 a été estimée en multipliant le nombre de décès par la période de friction, le taux de participation et les revenus mensuels moyens (à l'aide de taux propres à l'âge, au sexe et à la province). Les coûts ont ensuite été répartis dans les catégories de diagnostics du FEMC selon le code de la cause du décès selon le CIM-10. La valeur de la production perdue a été estimée pour la population en âge de travailler, qui se compose d'individus de 15 à 64 ans, répartis dans les groupes d'âge suivants : de 15 à 34 ans, de 35 à 54 ans et de 55 à 64 ans[10]. Les résultats ne tenaient pas compte des estimations du coût de la mortalité pour les résidents d'autres provinces/territoires qui sont décédés au Québec.

COÛTS LIÉS À LA PRESTATION DE SOINS

La prestation de soins peut entrer dans les coûts directs ou indirects, selon que l'acte a été officiellement ou directement payé ou non. Pour 2010, les coûts liés à la prestation de soins ont été estimés à l'aide de données tirées de l'Enquête sociale générale (ESG), Cycle 26 : Les soins donnés et reçus [36]. L'enquête comportait des questions sur tous les soins reçus par le répondant en raison d'un problème de santé ou de problèmes liés au vieillissement, au cours des douze derniers mois, ainsi que sur le principal problème pour lequel le répondant a demandé de l'aide. La prestation de soins a été séparée en deux grands groupes : les soins donnés par des membres de la famille, des amis et des voisins; les soins donnés par des travailleurs rémunérés et des organisations. Aux fins de le FEMC de 2010, le premier groupe est constitué des aidants naturels (coûts indirects) tandis que le deuxième groupe est formé de professionnels de la santé (coûts directs).

[10] Veuillez noter que les coûts liés à la mortalité prennent fin à 64 ans. Les données utilisées pour estimer la valeur de la production perdue en raison de la morbidité composaient les individus de 75 ans et moins. Par conséquent, les groupes d'âge utilisés ne concordent pas parfaitement.

Le Cycle 26 de l'ESG contient des données se rapportant à l'année 2012; alors, les données ont donc été rajustées pour tenir compte des différences dans la population. La population cible du Cycle 26 de l'ESG comprenait toutes les personnes âgées de 15 ans ou plus du Canada, à l'exclusion des résidents du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, ainsi que les résidents à plein temps d'un établissement institutionnel.

Le temps consacré à la prestation de soins a été évalué à l'aide des caractéristiques de la personne donnant les soins puis affecté aux caractéristiques du répondant (soit la personne recevant les soins). On a demandé aux répondants d'indiquer le nombre total d'heures de soins reçues par semaine. Le nombre total d'heures de soins a été multiplié par les revenus s'appliquant au soignant en fonction de la province, de l'âge et du sexe[11,12,13]. Les revenus moyens annuels propres à la province, au sexe et à l'âge pour 2010 ont été obtenus auprès de CANSIM[14] [37]. Il n'était pas possible d'obtenir des données sur l'âge et le sexe de la personne soignante dans le cas des professionnels de la santé; on a donc utilisé des données relatives aux revenus propres aux provinces. Ces coûts ont par la suite été répartis en fonction du sexe et du groupe d'âge du répondant ainsi que du principal problème de santé (chapitre de la CIM) pour lequel de l'aide avait été demandée. Dans certains cas, le principal problème de santé n'a pas été indiqué ou était inconnu; les coûts rattachés à ces enregistrements ont été inscrits dans la catégorie de diagnostics « Non réparti ». En raison du modèle d'enquête utilisé, si un répondant indiquait avoir reçu à la fois des soins par des professionnels de la santé et par des aidants naturels, il n'était pas possible de savoir si les soins avaient été donnés pour traiter des problèmes de santé différents. Dans de tels cas, on a supposé que le principal problème de santé indiqué s'appliquait aux deux types de soins. Il est possible d'obtenir des résultats sur les coûts liés à la prestation de soins seulement au niveau des chapitres de la CIM.

RÉSULTATS

COÛTS DIRECTS

Conformément à ce qui a déjà été mentionné, les dépenses courantes totales en santé au Canada, en 2010, étaient de 183,1 milliards de dollars. Il a été possible de répartir 127,5 milliards de dollars au niveau des chapitres de la CIM, notamment les dépenses associées aux hôpitaux, aux médicaments sur ordonnance, aux soins médicaux ainsi qu'aux services de soins dentaires et de soins de la vue (voir la Figure 3). Si l'on ne tient pas compte des services de soins dentaires et de soins de la vue, on a pu répartir 111,7 milliards de dollars ou 61 % de toutes les dépenses directes en santé au niveau des catégories de diagnostics du FEMC.

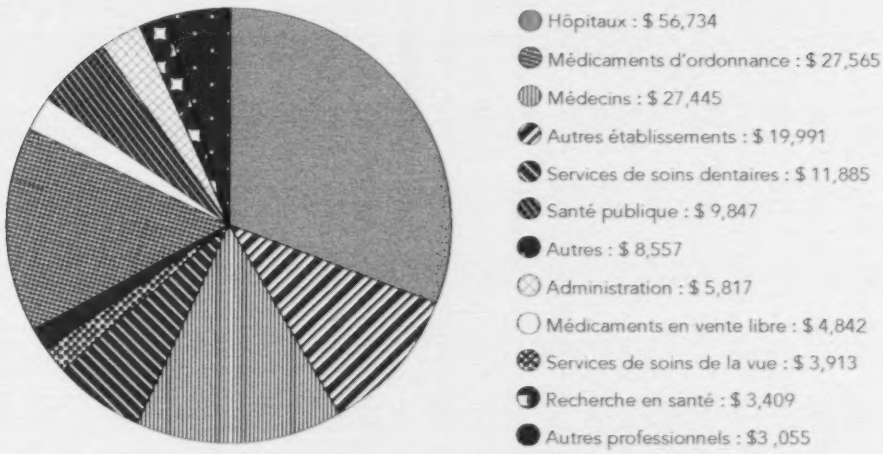
[11] Si le sexe du soignant était inconnu, les données relatives aux revenus en fonction de la province et de l'âge ont été utilisées. Si l'âge était inconnu, les données relatives aux revenus en fonction de la province et du sexe ont été utilisées. Si le sexe et l'âge étaient inconnus, les données relatives aux revenus en fonction de la province ont été utilisées.

[12] Dans le cas des soins fournis par des aidants naturels, s'il était inscrit que le soignant avait 19 ans ou moins, celui-ci a été assigné au groupe d'âge « moins de 20 ans » (15–19 ans) pour les revenus.

[13] Tant pour la prestation de soins par des professionnels que par des aidants naturels, on a supposé que la province du répondant (personne qui reçoit les soins) était la même que celle du soignant puisque l'on ne demandait pas la province du soignant.

[14] Le revenu comprend le salaire, les commissions et les gains tirés du travail autonome.

FIGURE 3 : Dépenses courantes en santé par affectation de fonds, Canada, 2010 (000 000 $)



SOURCE : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2015

Les services de soins dentaires et de soins de la vue ne pouvaient pas être affectés au-delà du chapitre de la CIM puisqu'il n'existe pas de données permettant de répartir ces dépenses en fonction d'une catégorie de diagnostics précise. Les dépenses en services de soins dentaires ont été attribuées entièrement au chapitre XI de la CIM, Maladies de l'appareil digestif, puisque ce chapitre couvre la totalité des services dentaires. Les services de soins de la vue ont été affectés au chapitre VII de la CIM, Maladies de l'œil et connexes.

Le Tableau 5 montre la répartition des coûts directs par chapitre de la CIM. En plus des valeurs tirées des dépenses courantes en santé, on a inscrit les coûts liés à la prestation de soins par des professionnels. Le chapitre de la CIM le plus coûteux a été le chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif avec 19,2 M$ (17 %) en dépenses totales en santé; les services de soins dentaires représentaient la portion la plus importante de ces dépenses. Par la suite, les chapitres de la CIM les plus coûteux ont été les blessures (13,5 G$ ou 12 %), les maladies de l'appareil circulatoire (13,1 G$ ou 12 %), les troubles mentaux (10,5 G$ ou 9 %) et les troubles musculosquelettiques (6,8 G$ ou 6 %)[15]. Il convient de mentionner que chaque chapitre de la CIM utilise une combinaison différente de ressources pour le traitement de ses maladies ou problèmes de santé respectifs. Par exemple, le chapitre IV (Maladies endocriniennes et connexes) et le chapitre V (Troubles mentaux) utilisent une proportion plus importante de dépenses en médicaments par comparaison avec bon nombre des autres problèmes de santé. Le chapitre XXI, Autres facteurs, est largement axé sur les coûts des soins hospitaliers, mais, comme le démontre le présent rapport, ces coûts concernent surtout les interventions ambulatoires.

[15] Cela ne tient pas compte du chapitre XXI, Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, puisque ces codes de la CIM font référence au motif de la consultation et non à la maladie ou au diagnostic en soi.

TABLEAU 5 : Coûts directs par chapitre de la CIM, Canada, 2010 ($000,000)

	Hôpitaux		Soins médicaux		Médicaments		Services dentaires	Services de soins de la vue	Prestation de soins par des professionnels		Total	
I : Maladies infectieuses	1,080.4	1.9	380.8	1.4	792.5	2.9	—	—	—	—	2,253.8	2.0
II : Tumeurs	3,522.1	6.2	1,029.5	3.8	804.4	2.9	—	—	3.6	9.1	5,359.5	4.8
III : Maladies du sang	329.0	0.6	156.8	0.6	109.4	0.4	—	—	—	—	595.2	0.5
IV : Endocriniennes et connexes	995.4	1.8	894.8	3.3	3,575.9	13.0	—	—	0.5	1.2	5,466.6	4.9
V : Troubles mentaux	4,137.2	7.3	2,404.5	8.8	3,889.4	14.1	—	—	8.9	22.8	10,440.0	9.4
VI : Système nerveux	1,474.4	2.6	323.2	1.2	922.9	3.3	—	—	9.6	24.5	2,730.0	2.4
VII : L'oeil et connexes	894.5	1.6	1,241.3	4.5	398.8	1.4	—	3,913.1	1.0	2.5	6,448.7	5.8
VIII : L'oreille et connexes	315.9	0.6	236.2	0.9	158.7	0.6	—	—	—	0.0	710.8	0.6
IX : Appareil circulatoire	6,128.0	10.8	1,909.6	7.0	4,957.3	18.0	—	—	5.1	13.2	13,000.0	11.7
X : Appareil respiratoire	3,142.7	5.5	1,273.3	4.6	2,097.3	7.6	—	—	0.7	1.7	6,514.0	5.9
XI : Appareil digestif	4,399.1	7.8	984.6	3.6	1,915.3	6.9	11,884.8	—	0.6	1.6	19,184.4	17.2
XIII : Peau et connexes	535.4	0.9	582.4	2.1	952.9	3.5	—	—		-	2,070.7	1.9
XIII : Musculosquelettiques	2,686.4	4.7	1,382.8	5.0	2,641.6	9.6	—	—	5.5	14.2	6,716.3	6.0
XIV : Génito-urinaires	2,499.7	4.4	1,312.7	4.8	933.8	3.4	—	—	0.6	1.6	4,746.8	4.3
XV : Grossesse et accouchement	1,831.7	3.2	560.8	2.0	76.7	0.3	—	—	—	—	2,469.2	2.2
XVI : Conditions périnatales	967.4	1.7	97.4	0.4	6.9	0.0	—	—	—	—	1,071.7	1.0
XVII : Malformations congénitales	652.4	1.1	69.8	0.3	51.7	0.2	—	—	—	—	773.9	0.7
XVIII : Symptômes, etc.	2,588.4	4.6	2,444.9	8.9	1,985.4	7.2	—	—	—	—	7,018.6	6.3
XIX et XX : Blessures	4,038.7	7.1	9,412.6	34.3	416.5	1.5	—	—	3.0	7.6	13,870.7	12.1
XXI : Facteurs influant sur l'état de santé	14,515.1	25.6	747.0	2.7	877.2	3.2	—	—	—	—	16,139.3	14.3
Non réparti	—	—	—	—	—	—	—	—	10.3	—	10.3	—
Total	**56,733.9**	**100.0**	**27,445.0**	**100.0**	**27,564.6**	**100.0**	**—**	**—**	**49.2**	**100.0**	**127,590.7**	**100.0**

SOURCE : FEMC 2010

Coût des soins hospitaliers

En 2010, les coûts totaux des soins hospitaliers ont atteint 56,7 milliards de dollars, les coûts liés aux hospitalisations représentant 29,5 milliards de dollars (52 % de cette somme). Les visites à la salle d'urgence ont engendré des dépenses de 10,7 milliards de dollars. Dans l'ensemble, le chapitre XXI de la CIM (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé) représentait plus de 26 % de tous les coûts liés aux soins hospitaliers, mais seulement 9 % des coûts liés aux hospitalisations. Cette catégorie comprend les motifs de consultation autres que pour traiter une maladie, une blessure ou une cause externe, y compris les examens de routine chez le médecin. Par conséquent, comme on s'y attendait, ce chapitre regroupe la majorité des visites aux cliniques externes (71 %). Le Tableau 6 montre les coûts des soins hospitaliers par chapitre de la CIM et par fonction de santé.

Les chapitres de la CIM les plus coûteux (autres que le chapitre XXI) étaient les suivants : chapitre IX – Maladies de l'appareil circulatoire (6,1 G$ ou 11 %); chapitre XI – Maladies de l'appareil digestif (4,4 G$ ou 8 %); chapitre V – Troubles mentaux (4,1 G$ ou 7 %); chapitres XIX et XX – Blessures (4 G$ ou 7 %); chapitre II – Tumeurs (cancer) (3,5 G$ ou 6 %).

La Figure 4 affiche la répartition de ces chapitres de la CIM par fonction de santé. Les blessures représentent la plus importante proportion des visites à la salle d'urgence par comparaison avec tous les autres conditions. Les maladies de l'appareil circulatoire consomment la portion la plus importante des ressources cliniques selon les données du FEMC.

FIGURE 4 : Chapitres de la CIM les plus coûteux par fonction de santé, coûts des soins hospitaliers seulement, Canada, 2010

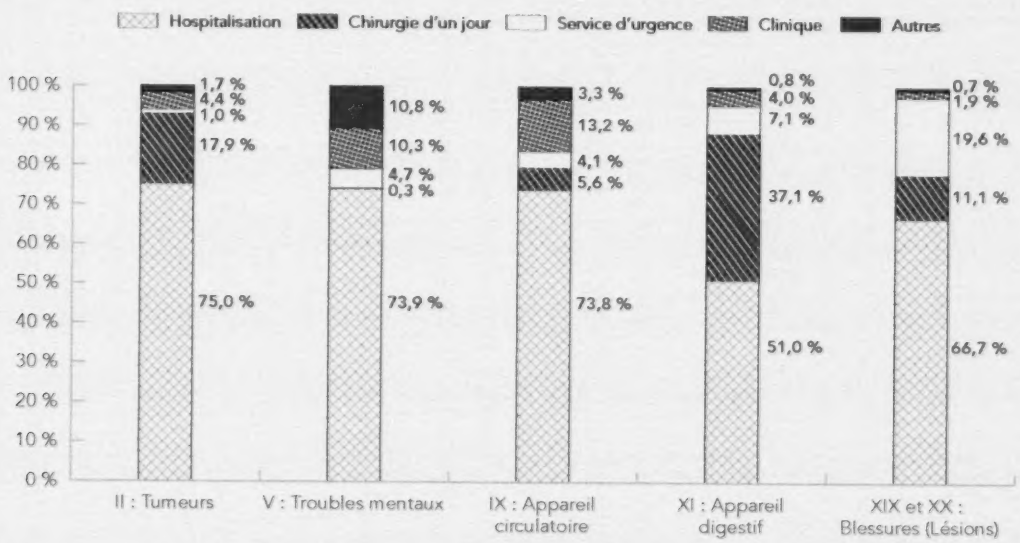


TABLEAU 6 : Coûts des soins hospitaliers par chapitre de la CIM et fonction de santé, Canada, 2010 ($000,000)

	Hospitalisation		Chirurgie d'un jour		Consultation externe – urgence		Cliniques externes		Autres		Total	
I : Maladies infectieuses	847	2.90	44	0.60	152	3.70	30	0.30	8	0.20	1,080	1.90
II : Tumeurs	2,643	9.00	629	8.10	37	0.90	154	1.40	60	1.30	3,522	6.20
III : Maladies du sang	215	0.70	28	0.40	27	0.70	57	0.50	2	0.00	329	0.60
IV : Endocriniennes et connexes	711	2.40	33	0.40	66	1.60	145	1.30	40	0.90	995	1.80
V : Troubles mentaux	3,056	10.40	13	0.20	196	4.80	425	3.90	447	9.60	4,137	7.30
VI : Système nerveux	916	3.10	82	1.10	72	1.80	121	1.10	284	6.10	1,474	2.60
VII : l'œil et connexes	31	0.10	738	9.60	34	0.80	85	0.80	6	0.10	895	1.60
VIII : L'oreille et connexes	55	0.20	188	2.40	54	1.30	14	0.10	4	0.10	316	0.60
IX : Appareil circulatoire	4,522	15.30	345	4.50	250	6.10	811	7.50	200	4.30	6,128	10.80
X : Appareil respiratoire	2,277	7.70	372	4.80	386	9.50	80	0.70	29	0.60	3,143	5.50
XI : Appareil digestif	2,242	7.60	1,632	21.10	312	7.70	175	1.60	37	0.80	4,399	7.80
XIII : Peau et connexes	291	1.00	87	1.10	97	2.40	43	0.40	18	0.40	535	0.90
XIII : Musculosquelettiques	1,566	5.30	808	10.50	197	4.80	82	0.80	33	0.70	2,686	4.70
XIV : Génito-urinaires	1,058	3.60	872	11.30	243	6.00	276	2.60	51	1.10	2,500	4.40
XV : Grossesse et accouchement	1,498	5.10	86	1.10	77	1.90	168	1.60	3	0.10	1,832	3.20
XVI : Affections périnatales	952	3.20	2	0.00	7	0.20	6	0.10	2	0.00	967	1.70
XVII : Malformations congénitales	376	1.30	145	1.90	2	0.10	118	1.10	11	0.20	652	1.10
XVIII : Symptômes, etc.	1,037	3.50	283	3.70	875	21.50	290	2.70	104	2.20	2,588	4.60
XIX et XX : Blessures (Lésions)	2,692	9.10	448	5.80	790	19.40	79	0.70	30	0.60	4,039	7.10
XXI : Facteurs influant sur l'état de santé	2,496	8.50	889	11.50	204	5.00	7,626	70.70	3,301	70.70	14,515	25.60
Total	**29,482**	**100.00**	**7,724**	**100.00**	**4,076**	**100.00**	**10,783**	**100.00**	**4,670**	**100.00**	**56,734**	**100.00**

SOURCE : FEMC 2010

COÛT DES SOINS HOSPITALIERS SELON L'ÂGE

La Figure 5 montre le pourcentage des coûts des soins hospitaliers pour chacun des six groupes d'âge ainsi que le pourcentage que représente le groupe au sein de l'ensemble de la population. Il n'est pas surprenant de constater que les groupes plus âgés génèrent une proportion plus grande des coûts des soins hospitaliers par comparaison avec leur part respective au sein de l'ensemble de la population. Par exemple, les personnes de 75 ans et plus totalisaient 20 % des dépenses en soins hospitaliers, mais ne forment que 7 % de la population. À l'inverse, les personnes composant la tranche des 15 à 34 ans représentent 27 % de la population, mais ne génèrent que 16 % des dépenses en santé.

La Figure 6 affiche la répartition de tous les coûts des soins hospitaliers par fonction de santé pour chaque groupe d'âge. On constate que les soins aux personnes hospitalisées constituent une proportion plus importante des coûts des soins hospitaliers avec le vieillissement des groupes d'âge. La chirurgie d'un jour atteint un sommet à 20 % des coûts des soins hospitaliers chez les 15–34 ans, tandis qu'elle ne représente que 6 % des dépenses en soins hospitaliers chez les 75 ans et plus.

FIGURE 5 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers et population par groupe d'âge, Canada, 2010

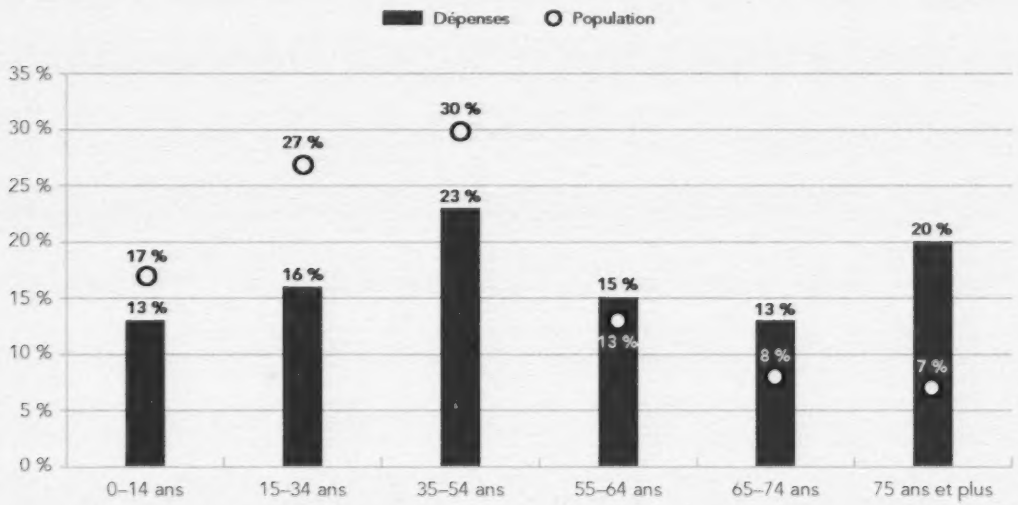
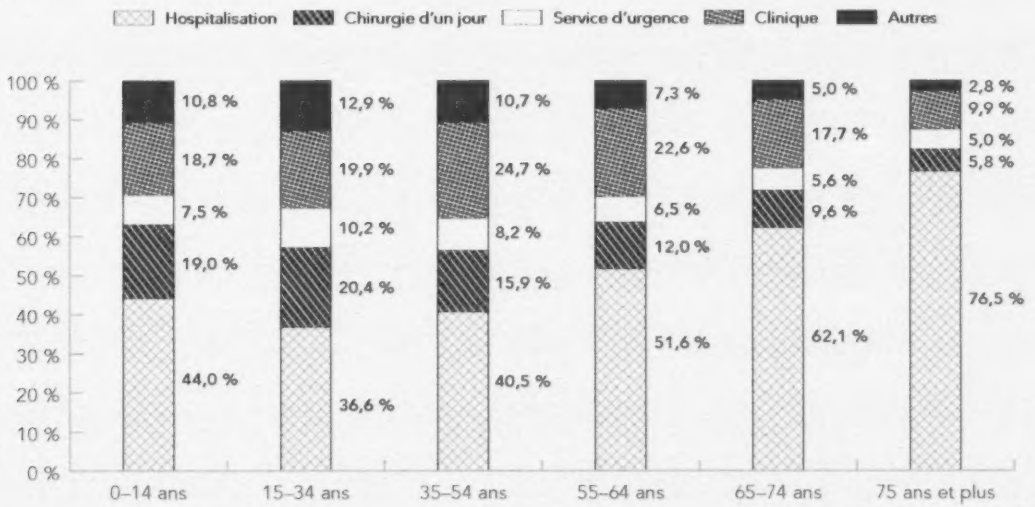


FIGURE 6 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers selon le groupe d'âge et la fonction de santé, Canada, 2010



COÛTS DES HOSPITALISATIONS

Les six problèmes de santé ayant généré les coûts liés aux hospitalisations les plus élevés en 2010 étaient les maladies de l'appareil circulatoire (4,5 G$ ou 15 %), les troubles mentaux (3,1 G$ ou 10 %), les blessures (2,5 G$ ou 9 %), les tumeurs (2,6 G$ ou 8,9 %), les maladies de l'appareil respiratoire (2,3 G$ ou 8 %) et les maladies de l'appareil digestif (2,2 G$ ou 8 %). Ensemble ces problèmes de santé représentent près de 60 % de l'ensemble des coûts des hospitalisations. La Figure 7 présente la répartition des six chapitres de la CIM les plus coûteux selon le sexe. Les hommes ont généré une proportion plus importante des dépenses, sauf dans le cas des maladies de l'appareil digestif.

La Figure 8 présente la répartition des chapitres de la CIM les plus coûteux selon le groupe d'âge. Les dépenses liées aux maladies de l'appareil circulatoire augmentent avec l'âge et deviennent le problème de santé le plus coûteux chez les 75 ans et plus. Les maladies de l'appareil respiratoire représentaient le problème de santé le plus coûteux chez les 0 à 14 ans, tandis que les troubles mentaux représentaient la plus grande dépenses chez les 15 à 34 ans.

FIGURE 7 : Coûts des soins hospitaliers aux personnes hospitalisées selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (en 000 000 $)

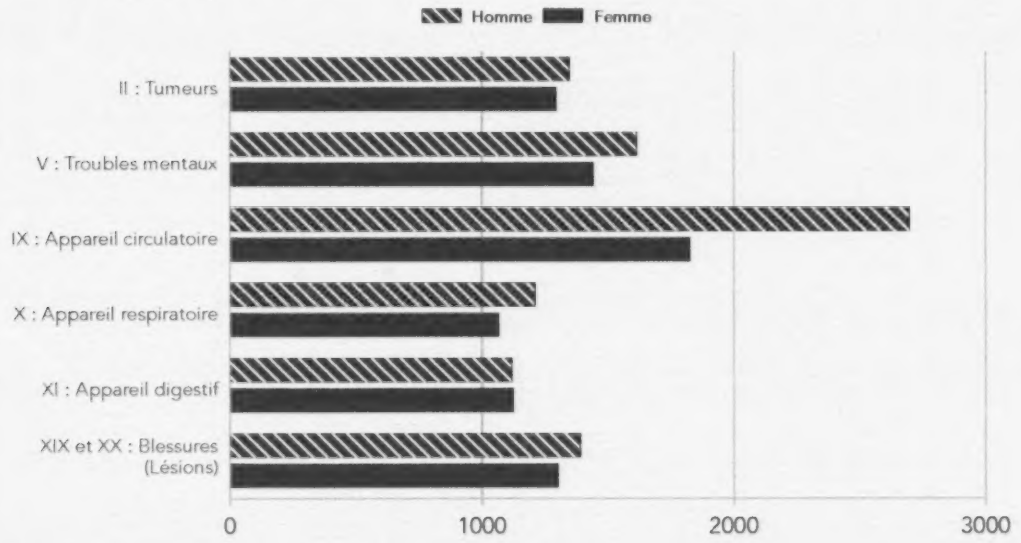
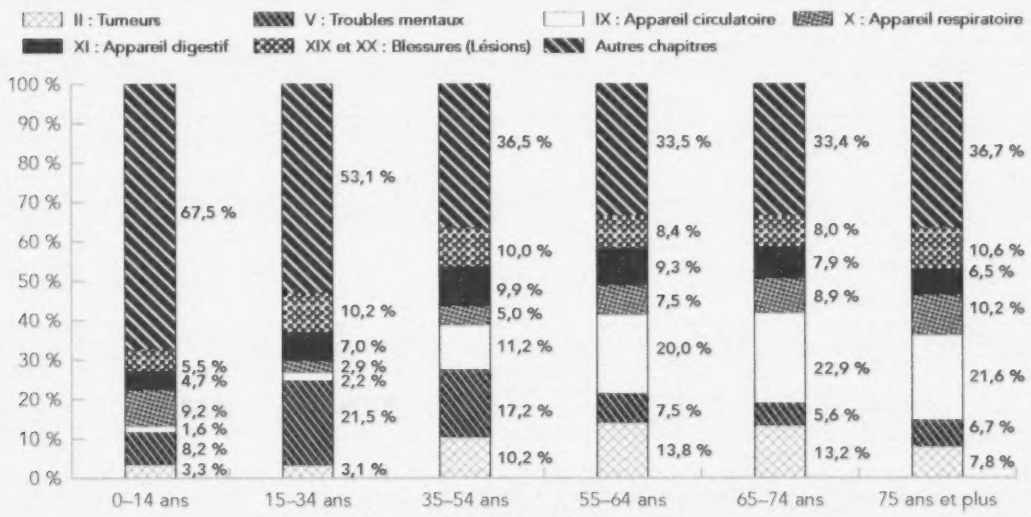


FIGURE 8 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers aux personnes hospitalisées selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010



COÛTS DES CHIRURGIES D'UN JOUR

Les problèmes de santé présentant les coûts les plus élevés pour les chirurgies d'un jour en 2010 étaient les maladies de l'appareil digestif (1,6 G$ ou 21 %), les troubles génito-urinaires (872 M$ ou 11 %), les troubles musculosquelettiques (808 M$ ou 11 %), les maladie de l'œil et connexes (748 M$ ou 10 %), les tumeurs (629 M$ ou 8 %) et les blessures (448 M$ ou 6 %); si l'on ajoute les facteurs influant sur l'état de santé (889 M$ ou 12 %), cela représente près de 80 % de tous les coûts des chirurgies d'un jour. Veuillez noter que les femmes représentaient une plus grande quantité de dépenses dans chacune de ces catégories, autres que les blessures (Figure 9).

Si l'on examine la ventilation des problèmes de santé les plus coûteux, par groupe d'âge, il ressort clairement que les maladies de l'œil et connexes sont responsables des coûts les plus élevés dans la catégorie des chirurgies d'un jour chez les 75 ans et plus (37 %). Les maladies de l'appareil digestif représentent le problème de santé le plus coûteux dans le groupe d'âge le plus jeune.

FIGURE 9 : Coûts des soins hospitaliers pour les chirurgies d'un jour selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (en 000 000 $)

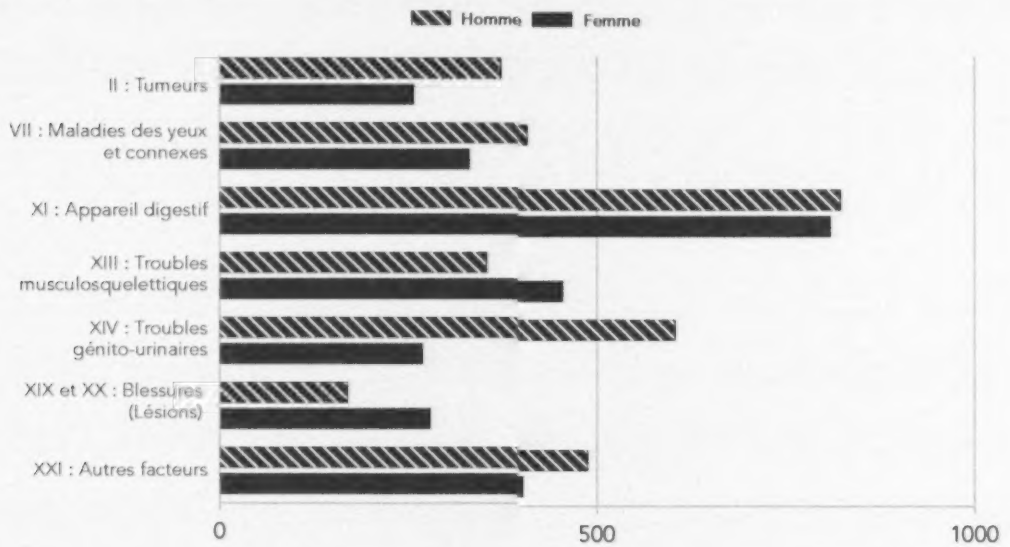
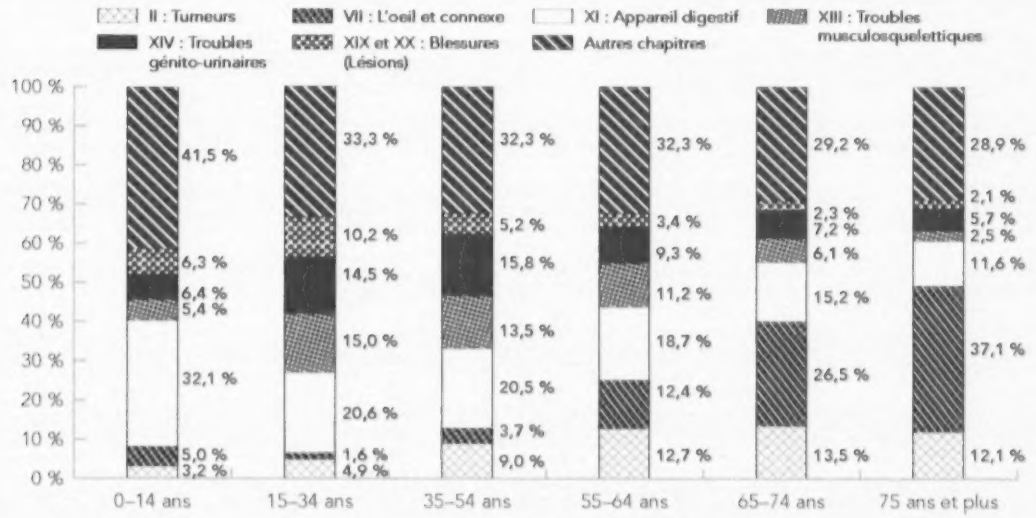


FIGURE 10 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers pour les chirurgies d'un jour selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010



COÛTS DU SERVICE DES URGENCES

Les coûts du service des urgences (SU) ont été marqués essentiellement par deux problèmes de santé, soit les symptômes (875 M$ ou 22 %) et les blessures (790 M$ ou 19 %), qui étaient à l'origine de plus de 40 % de toutes les dépenses du SU. Voici les autres principaux problèmes de santé : les maladies de l'appareil respiratoire (386 M$ ou 9,4 %); les maladies de l'appareil digestif (312 M$ ou 7,6 %); les maladies de l'appareil circulatoire (250 M$ ou 6,1 %); les troubles génito-urinaires (243 M$ ou 5,9 %); les troubles musculosquelettiques (197 M$ ou 4,8 %); les troubles mentaux (196 M$ ou 4,8 %). Si on les combine, ces conditions représentent 83 % de l'ensemble des coûts du SU.

La Figure 11 présente les coûts pour les principaux problèmes de santé selon le sexe. Les femmes ont généré un pourcentage légèrement plus élevé de l'ensemble des coûts du SU (52 % contre 48 %). Cette constatation revient pour chacun des problèmes de santé à l'exception des blessures et des maladies de l'appareil circulatoire.

La Figure 12 affiche le pourcentage des coûts par groupe d'âge. Le pourcentage des dépenses attribuées aux symptômes était relativement constant pour l'ensemble des groupes d'âge. Les maladies de l'appareil circulatoire étaient à l'origine d'un pourcentage de dépenses de plus en plus important à mesure que l'âge augmentait, tandis que les dépenses liées aux blessures diminuaient avec l'âge.

FIGURE 11 : Coûts des soins hospitaliers au service des urgences selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (en 000 000 $)

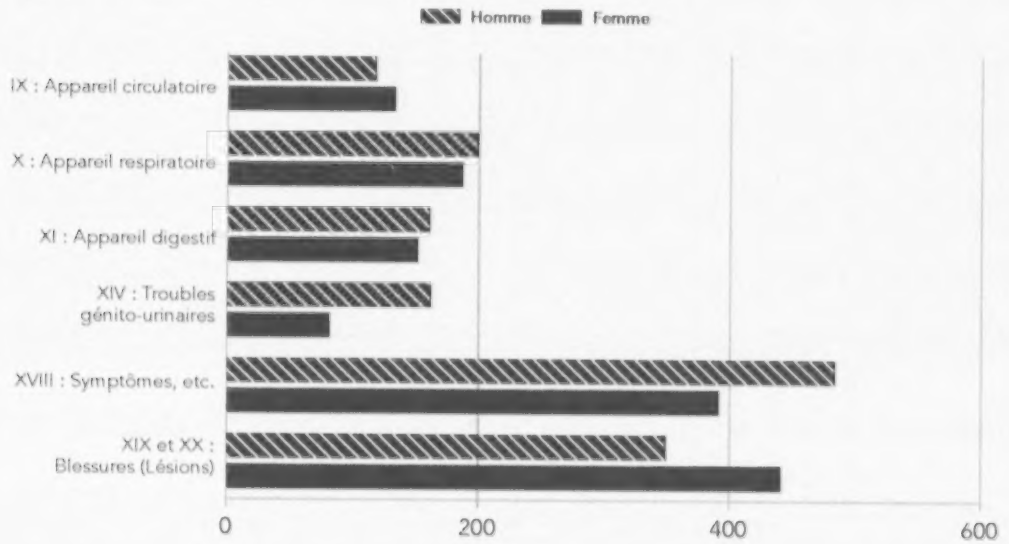
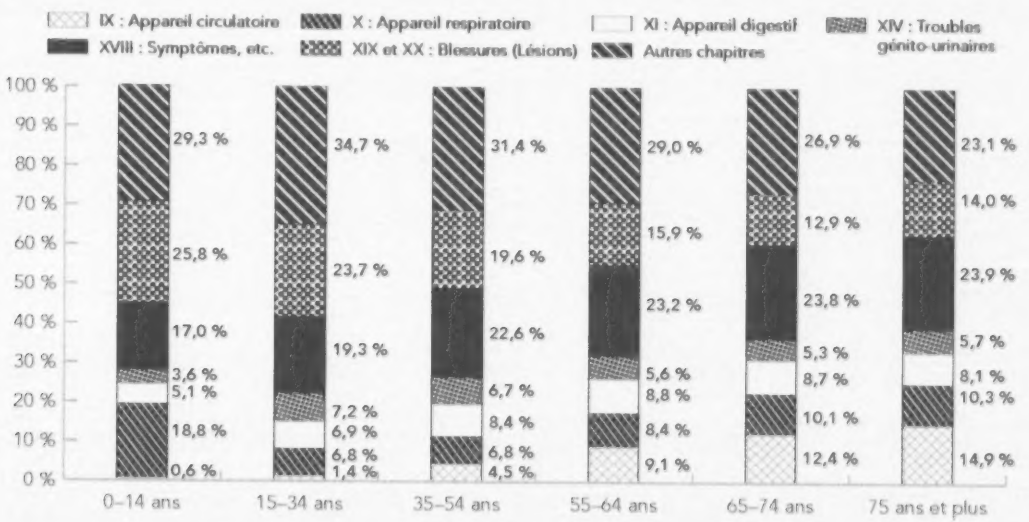


FIGURE 12 : Pourcentage des coûts des soins hospitaliers au service des urgences selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010

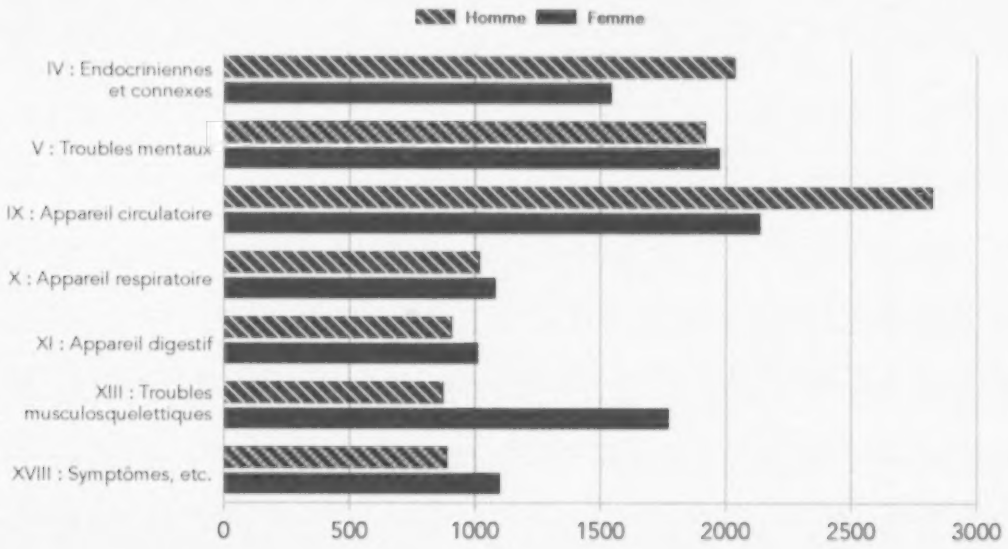


Dépenses en médicaments

En 2010, les dépenses en médicaments sur ordonnance au Canada totalisaient 27,6 G$; toutes ces dépenses ont été réparties en fonction de la catégorie de diagnostics du FEMC, de l'âge et du sexe. Ce montant représente 85 % de toutes les ventes de médicaments au Canada; le reste comprend les médicaments en vente libre.

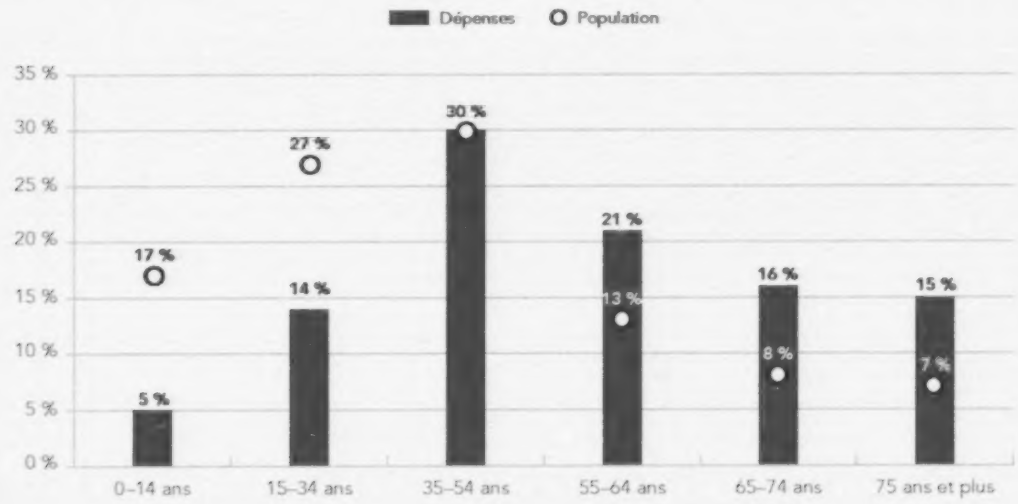
La Figure 13 donne un aperçu des dépenses en médicaments pour les problèmes de santé les plus coûteux en fonction du sexe (maladies endocriniennes et connexes; troubles mentaux; maladies de l'appareil circulatoire; maladies de l'appareil respiratoire; maladies de l'appareil digestif; troubles musculosquelettiques; symptômes), qui totalisent plus de 76 % de toutes les dépenses en médicaments sur ordonnance. Les problèmes de santé entraînant les plus importantes dépenses en médicaments chez les femmes étaient les maladies de l'appareil circulatoire, les troubles mentaux et les troubles musculosquelettiques. Les trois principaux problèmes de santé chez les hommes étaient les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies endocriniennes et connexes et les troubles mentaux. La différence de coût la plus importante en fonction du sexe est observée avec les troubles musculosquelettiques alors que les dépenses chez les femmes étaient presque deux fois plus élevées que chez les hommes, soit 1,8 G$ et 0,9 G$ respectivement.

FIGURE 13 : Coûts des médicaments selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $)



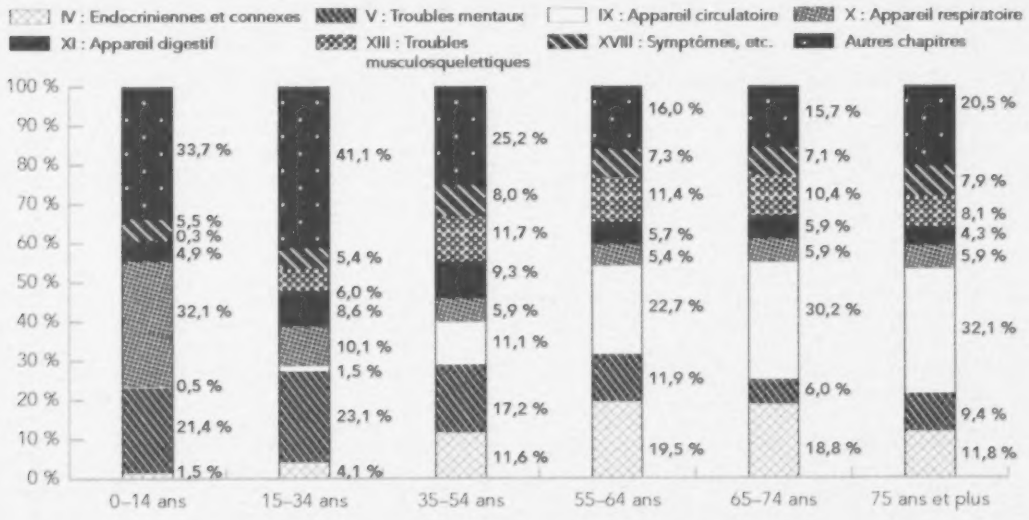
La Figure 14 affiche le pourcentage des coûts des médicaments et la population par groupe d'âge. Le groupe des 0 à 14 ans est celui qui a généré le pourcentage le plus faible de dépenses en médicaments (5 %). Comme pour les coûts des soins hospitaliers, les groupes plus âgés génèrent une proportion plus grande des coûts des médicaments par comparaison avec leur part respective de l'ensemble de la population. Les personnes de 55 ans et plus généraient environ 52 % des dépenses totales en médicaments, même si elles ne représentaient que 28 % de la population totale.

FIGURE 14 : Pourcentage des coûts des médicaments et population par groupe d'âge, Canada, 2010



La Figure 15 montre la répartition en pourcentage des dépenses en médicaments selon le groupe d'âge pour les problèmes de santé les plus coûteux. La répartition des dépenses en médicaments pour l'ensemble des chapitres de la CIM variait considérablement selon le groupe d'âge. Par exemple, alors que les maladies de l'appareil respiratoire généraient 32 % des dépenses en médicaments chez les 0 à 14 ans, elles n'ont entraîné que 10 %, ou moins, des dépenses pour tous les autres groupes d'âge. Les troubles mentaux composent une portion plus importante des dépenses en médicaments chez les groupes plus jeunes par comparaison avec les groupes plus âgés, tandis que les maladies de l'appareil circulatoire entraînent le pourcentage le plus élevé de coûts des médicaments chez les groupes plus âgés.

FIGURE 15 : Pourcentage des coûts des médicaments selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010

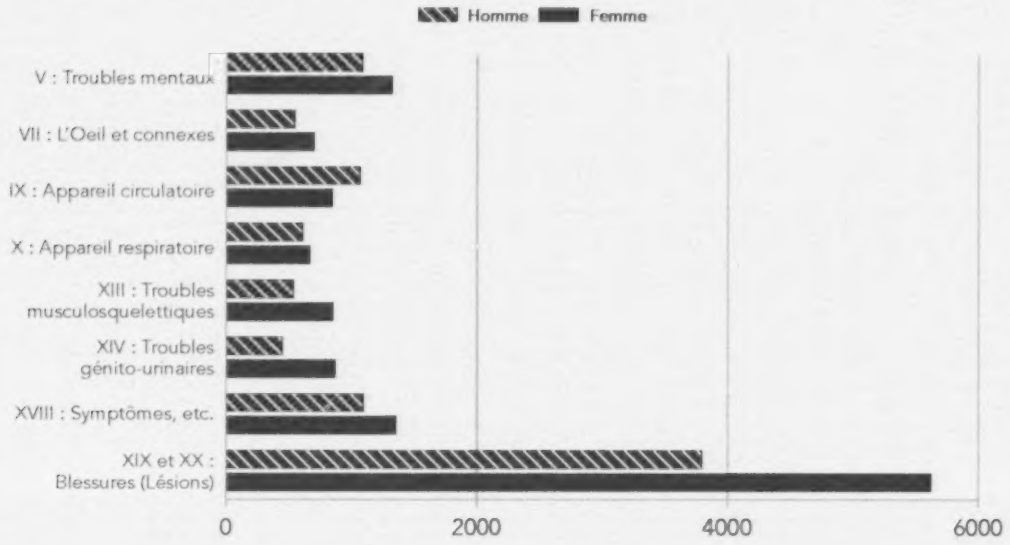


Coûts des soins médicaux

En 2010, les coûts des soins médicaux ont totalisé 27,4 milliards de dollars, soit 14 % de toutes les dépenses en santé. Les blessures ont généré le niveau le plus élevé de coûts des soins médicaux, soit 33 % de l'ensemble des coûts des soins médicaux. Les huit principaux problèmes de santé générant le plus de dépenses en soins médicaux (troubles mentaux, maladies de l'œil et connexes, appareil circulatoire, appareil respiratoire, troubles musculosquelettiques, troubles génito-urinaires, symptômes et blessures) ont totalisé environ 78 % de l'ensemble des coûts des soins médicaux.

La Figure 16 affiche les coûts des soins médicaux pour les problèmes de santé les plus coûteux en fonction du sexe. Puisque les femmes ont généré 57 % des coûts des soins médicaux, il n'est pas surprenant de constater que les dépenses chez les femmes pour la plupart des problèmes de santé étaient plus grandes que chez les hommes. On remarque toutefois que les dépenses rattachées aux maladies de l'appareil circulatoire étaient plus grandes chez les hommes que chez les femmes.

FIGURE 16 : Coûts des soins médicaux selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $)



La Figure 17 affiche le pourcentage des coûts des soins médicaux et la population par groupe d'âge. Les personnes de 55 ans et plus ont généré une proportion plus importante de dépenses (49 %) par comparaison avec la part de la population qu'elles forment (28 %). Si l'on examine les coûts des soins médicaux par chapitre de la CIM et par groupe d'âge (Figure 18), la répartition du coût global ne change pas beaucoup, à l'exception d'une hausse en fonction de l'âge dans le pourcentage des coûts des soins médicaux liés aux maladies de l'appareil circulatoire.

FIGURE 17 : Pourcentage des coûts des soins médicaux et population par groupe d'âge, Canada, 2010

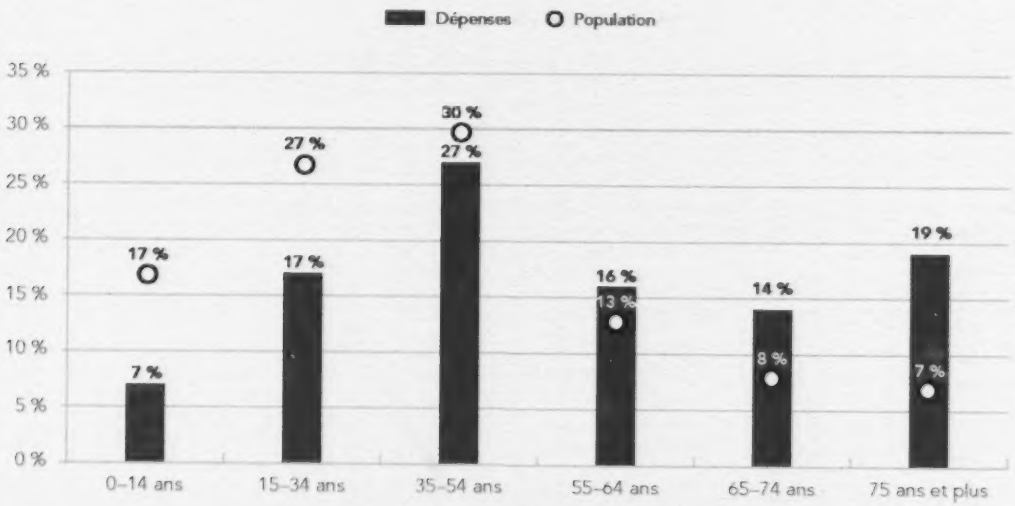
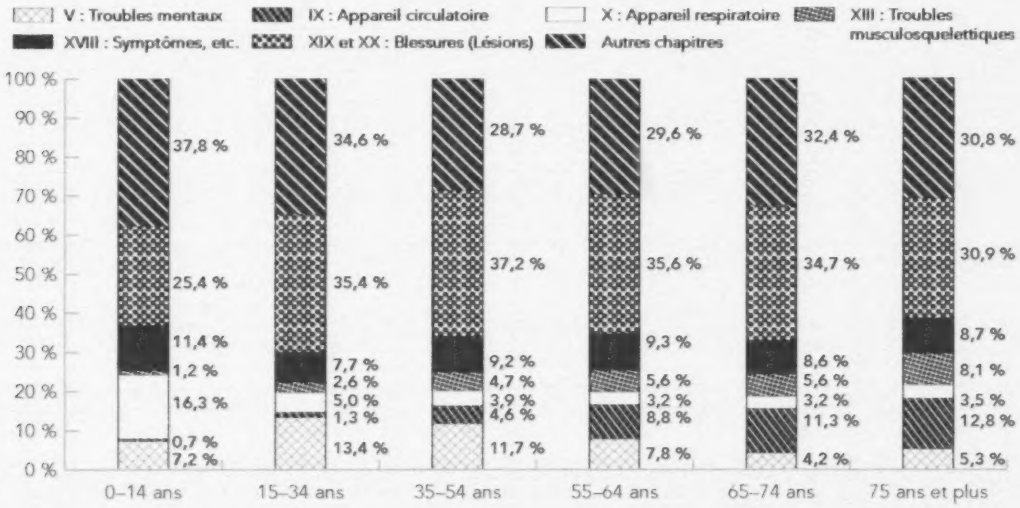


FIGURE 18 : Pourcentage des coûts des soins médicaux selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010



COÛTS INDIRECTS

En 2010, la valeur totale des coûts indirects inscrits dans le FEMC était de 18,9 milliards de dollars. Cela comprend la valeur de la production perdue en raison de la morbidité, de la mortalité prématurée et de la prestation de soins par des aidants naturels. Veuillez noter que la valeur de la production perdue en raison de la morbidité, que l'on évaluait à 18,2 milliards de dollars, comprenait la majorité des coûts indirects. Le Tableau 7 montre les coûts indirects par chapitre de la CIM. Les deux principaux problèmes de santé, soit les blessures (3,8 G$ ou 27 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (3,1 G$ ou 22 %), étaient liés à plus de la moitié des coûts indirects répartis[16].

[16] Conformément à ce qui a été noté, il n'a pas été possible d'attribuer tous les coûts indirects. Veuillez noter que les valeurs en pourcentage inscrites dans cette section font référence au pourcentage des coûts attribués puisque ces résultats sont plus utiles.

TABLEAU 7 : Coûts indirects par chapitre de la CIM, Canada, 2010

	Mortalité		Morbidité		Prestation de soins par des aidants naturels		Total	
	$ (millions)	% alloué	$ (millions)	% alloué	$ (millions)	% alloué	$ (millions)	% alloué
I : Maladies infectieuses	16,9	2,6	907,9	6,8	—	—	924,8	6,6
II : Tumeurs	237,8	36,4	540,0	4,1	12,3	9,3	790,2	5,6
III : Maladies du sang	2,1	0,3	11,1	0,1	—	—	13,2	0,1
IV : Endocriniennes et connexes	24,7	3,8	184,9	1,4	5,3	4,0	214,9	1,5
V : Troubles mentaux	9,9	1,5	1 171,5	8,8	31,4	23,5	1 212,8	8,6
VI : Système nerveux	19,3	3,0	388,1	2,9	21,7	16,3	429,2	3,1
VII : L'Œil et connexes	0,0	0,0	45,6	0,3	0,9	0,7	46,4	0,3
VIII : Oreille et connexes	0,0	0,0	22,2	0,2	—	—	22,2	0,2
IX : Appareil circulatoire	130,9	20,1	499,4	3,8	13,9	10,4	644,2	4,6
X : Appareil respiratoire	23,4	3,6	3 067,4	23,1	2,7	2,0	3 093,5	22,0
XI : Appareil digestif	34,7	5,3	323,0	2,4	3,4	2,6	361,1	2,6
XIII : Peau et connexes	0,6	0,1	20,8	0,2	—	—	21,4	0,2
XIII : Troubles musculosquelettiques	3,4	0,5	1 959,0	14,8	22,3	16,7	1 984,6	14,1
XIV : Troubles génito—urinaires	5,8	0,9	336,3	2,5	1,6	1,2	343,7	2,4
XV : Grossesse et accouchement	0,2	0,0	25,0	0,2	—	—	25,2	0,2
XVI : Affections périnatales	0,0	0,0		0,0	—	—	0,0	0,0
XVII : Malformations congénitales	4,4	0,7	14,0	0,1	—	—	18,3	0,1
XVIII : Symptômes, etc.	9,0	1,4	86,0	0,6	—	—	95,0	0,7
XIX et XX : Blessures (Lésions)	129,6	19,8	3 658,8	27,6	17,7	13,3	3 806,0	27,1
XXI : Facteurs influant sur l'état de santé	—	—	8,6	0,1	—	—	8,6	0,1
Non réparti	—	—	4 894,5	—	23,9	—	4 918,4	—
Total	**652,9**	**100,0**	**18 164,1**	**100,0**	**157,1**	**100,0**	**18 974,0**	**100,0**

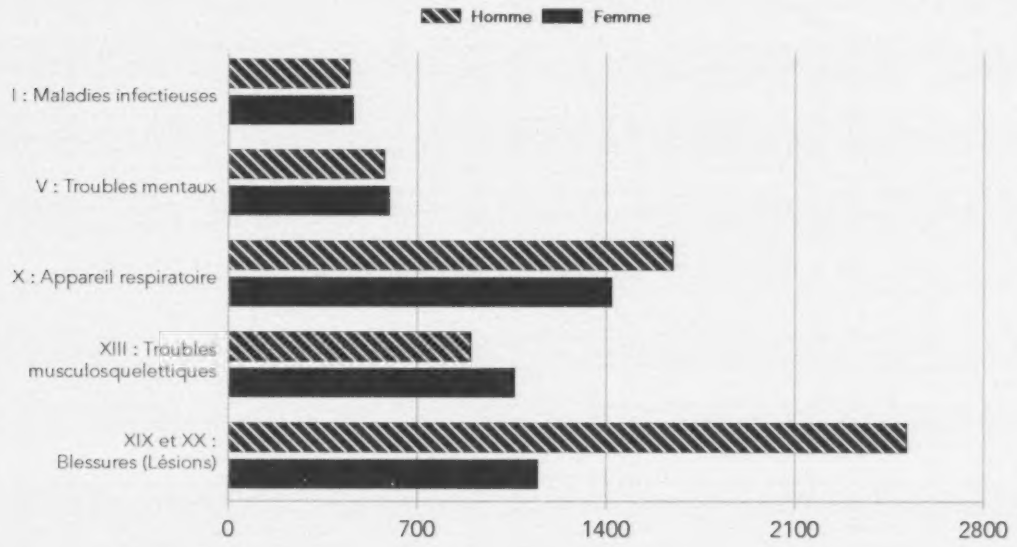
SOURCE : FEMC 2010

Valeur de la production perdue en raison de la morbidité

La valeur de la production perdue en raison de la morbidité a été estimée à 18,2 milliards de dollars; il a été possible d'affecter 13,3 milliards de dollars, ou 73 %, par chapitre de la CIM. Les cinq problèmes de santé les plus coûteux étaient les blessures (3,7 G$ ou 28 %), les maladies de l'appareil respiratoire (3,1 G$ ou 23 %), les troubles musculosquelettiques (2 G$ ou 15 %), les troubles mentaux (1,2 G$ ou 9 %) et les maladies infectieuses (908 M$ ou 7 %). Si on les combine, ces problèmes de santé sont responsables de 81 % des coûts de la morbidité attribués[17].

Le coût total de la morbidité est plus élevé chez les hommes (9,8 G$ ou 53,7 %) que chez les femmes (8,4 G$ ou 46,3 %). La Figure 19 illustre les estimations de coûts quant à la valeur de la production perdue en raison de la morbidité selon le sexe pour les cinq problèmes de santé les plus coûteux . La proportion des coûts attribuables aux hommes et aux femmes varie considérablement selon le problème de santé. Par exemple, les coûts de la morbidité découlant des blessures étaient plus de deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (2,5 G$ contre 1,1 G$).

FIGURE 19 : Coûts de la morbidité selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $)



[17] Ces données font référence au pourcentage des coûts répartis, et non au pourcentage de l'ensemble des coûts.

La Figure 20 illustre le pourcentage de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité et le pourcentage de la population par groupe d'âge. Ce sont les personnes de 35 à 54 ans qui représentent la part la plus élevée des dépenses par comparaison avec la part de la population générale qu'elles forment. Le groupe des 35 à 54 ans est celui qui a généré le pourcentage le plus élevé de coûts de la morbidité (10,7 G$ ou 59 %). Cela s'explique par le fait que ce groupe est celui qui est le plus susceptible de se trouver sur le marché du travail et d'obtenir les revenus les plus élevés (qui servent à évaluer la perte de production), donc qui présente le taux le plus élevé de prévalence des incapacités.

La Figure 21 illustre le pourcentage de la valeur de la production perdue en raison de la morbidité selon le groupe d'âge pour les six chapitres de la CIM les plus coûteux. Les chapitres de la CIM présentant le pourcentage le plus élevé de coûts de la morbidité étaient les maladies de l'appareil respiratoire chez les 15 à 34 ans et les blessures pour les deux autres groupes d'âge.

FIGURE 20 : Pourcentage des coûts de la morbidité et population par groupe d'âge, Canada, 2010

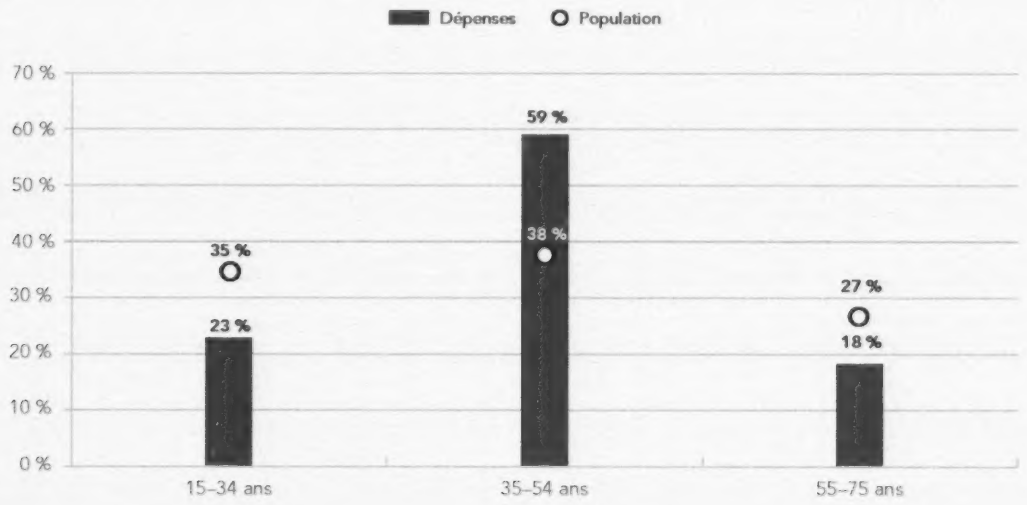
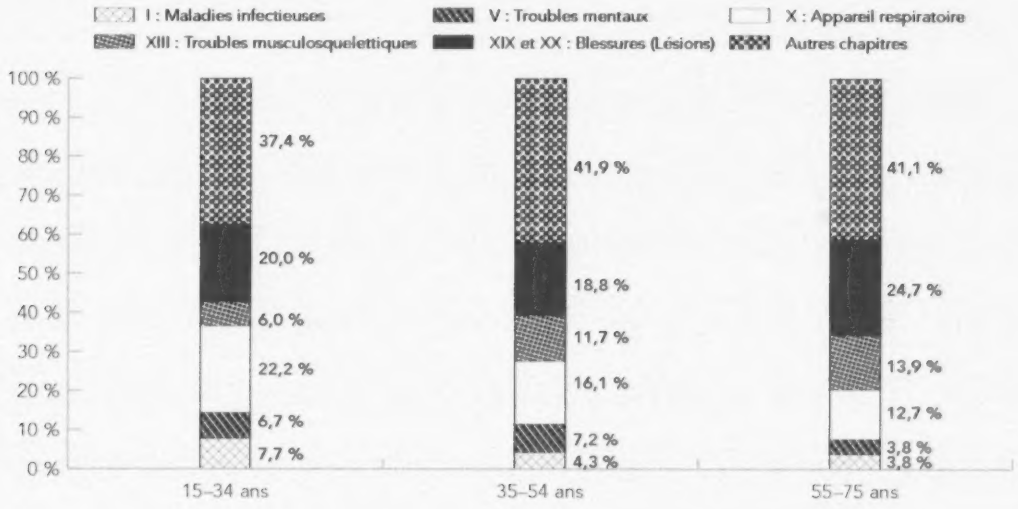


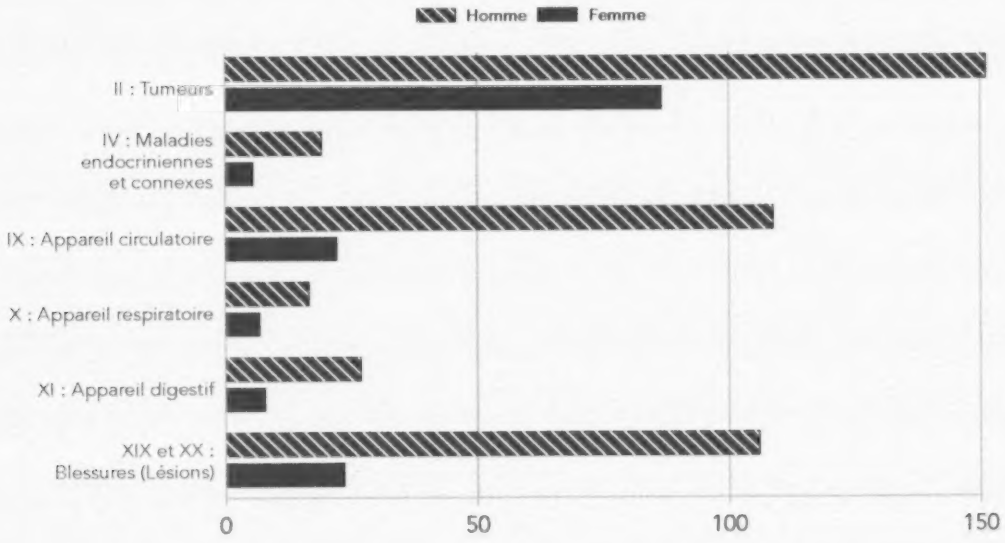
FIGURE 21 : Pourcentage des coûts de la morbidité selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010



Valeur de la production perdue en raison de décès prématurés

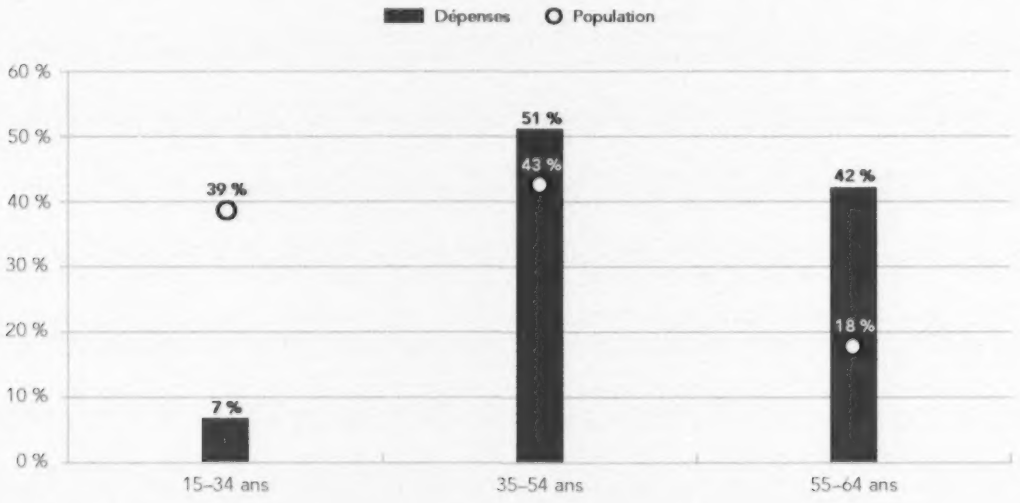
En 2010, la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée était estimée à 653 M$. Les problèmes de santé les plus coûteux étaient les suivants : tumeurs (238 M$ ou 36 %); maladies de l'appareil circulatoire (131 M$ ou 20 %); blessures (130 M$ ou 20 %); maladies du système digestif (35 M$ ou 5 %); maladies endocriniennes et connexes (25 M$ ou 4 %); maladies de l'appareil respiratoire (23 M$ ou 4 %). Ces six problèmes de santé représentaient 90 % de la valeur totale de la production perdue pour cause de mortalité, les trois principaux problèmes générant plus des trois quarts des coûts. Le coût total de la mortalité est plus élevé chez les hommes (480,6 M$ ou 73,6 %) que chez les femmes (172,3 M$ ou 26,4 %). La Figure 22 illustre la valeur de la production perdue en raison de la mortalité prématurée selon le sexe pour les six problèmes de santé les plus coûteux.

FIGURE 22 : Coûts de la mortalité prématurée selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $)



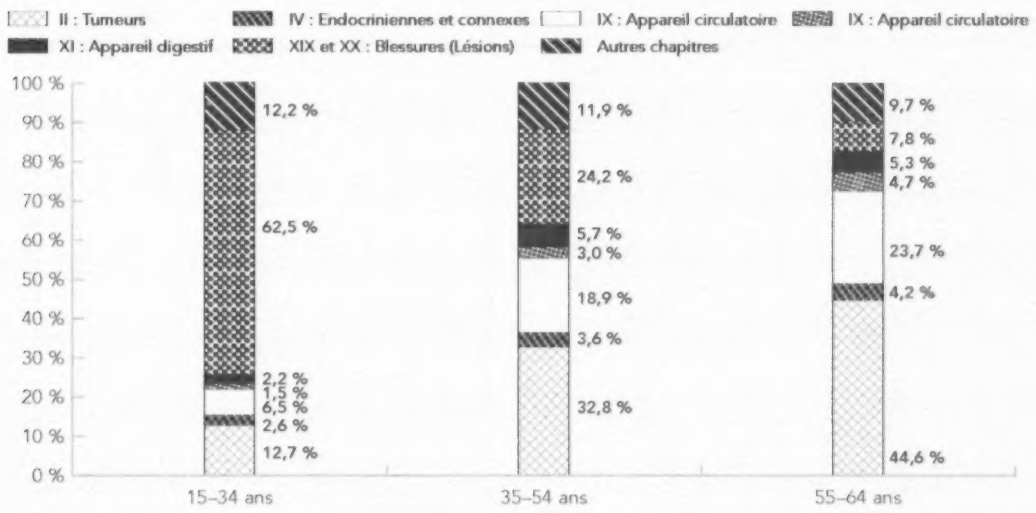
La Figure 23 illustre la valeur en pourcentage de la production perdue en raison de la mortalité prématurée et la population par groupe d'âge. Les personnes de 35 à 54 ans ont généré le pourcentage le plus élevé de coûts de la mortalité (51 % ou 333,7 M$), tandis que les individus de 15 à 34 ans ont affiché le pourcentage le plus bas de coûts de la mortalité (7 % ou 44,2 M$) même s'ils représentaient près de 39 % de la population.

FIGURE 23 : Pourcentage des coûts de la mortalité prématurée et population par groupe d'âge, Canada, 2010



La Figure 24 illustre la valeur en pourcentage de la production perdue en raison de la mortalité selon le groupe d'âge pour les six chapitres de la CIM les plus coûteux. Chez les 15 à 34 ans, le pourcentage le plus élevé de coûts de la mortalité concernait les blessures (62 %) et le pourcentage le plus bas, les maladies de l'appareil respiratoire (1 %). Dans le groupe le plus âgé (55–64 ans), le pourcentage de coûts de la mortalité attribuables aux tumeurs et aux maladies de l'appareil circulatoire représentait le pourcentage le plus élevé de dépenses avec 45 % et 24 %, respectivement.

FIGURE 24 : Pourcentage des coûts de la mortalité prématurée selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010

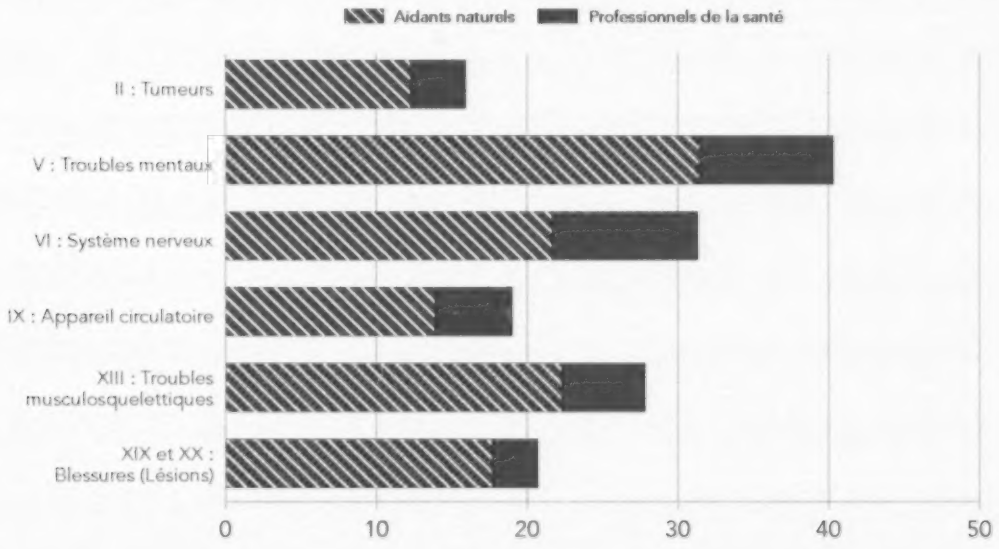


COÛTS LIÉS À LA PRESTATION DE SOINS

En 2010, la valeur totale de la prestation de soins atteignait 206 millions de dollars; la prestation de soins par des professionnels était évaluée à 49 millions de dollars, tandis que la prestation de soins par des aidants naturels était estimée à 157 millions de dollars. La première forme de soins représente un coût direct (puisque les services sont payés directement), tandis que la deuxième forme de soins fait partie des coûts indirects. La présente section contient les résultats liés aux deux types de soins donnés.

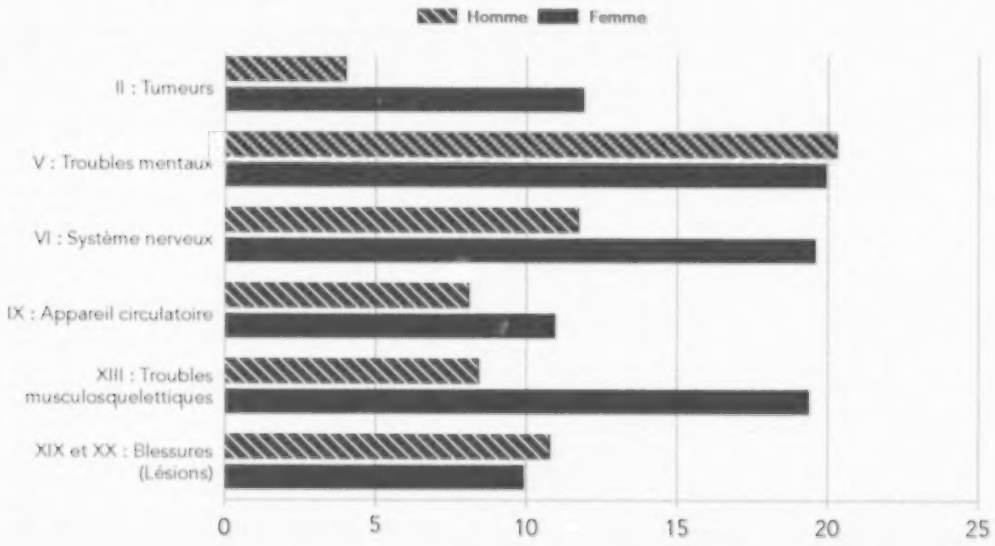
Les troubles mentaux représentent la valeur la plus élevée des coûts liés à la prestation de soins avec 40 millions de dollars. Les problèmes de santé les plus coûteux qui suivaient dans la liste sont les troubles du système nerveux, les troubles musculosquelettiques, les blessures, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs. La Figure 25 illustre les coûts liés à la prestation de soins, par type de soins, pour les six problèmes de santé les plus coûteux, qui étaient responsables de 90 % des coûts affectés liés à la prestation de soins.

FIGURE 25 : Coûts liés à la prestation de soins par type de soins, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $)



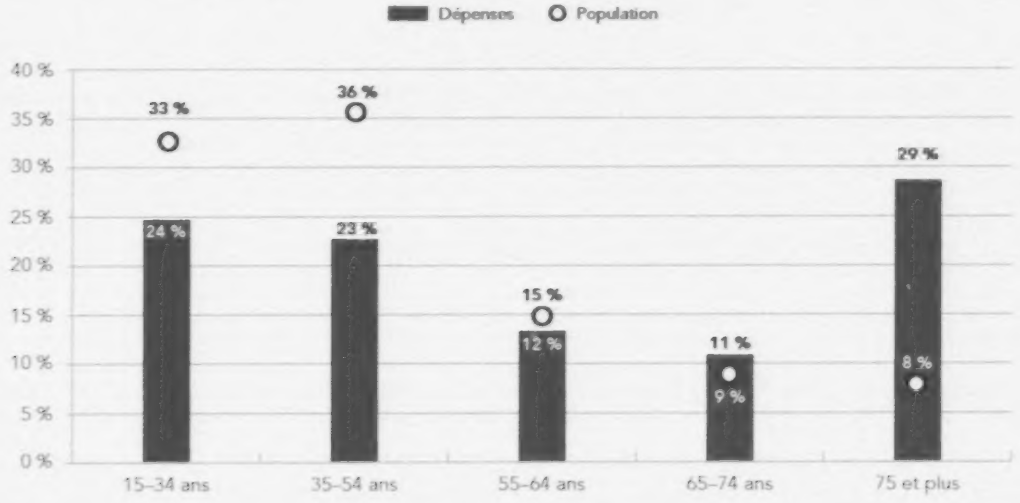
Le coût total de la prestation de soins est plus élevé chez les femmes (125,9 M$ ou 61,0 %) que chez les hommes (80,4 M$ ou 39,0 %). La Figure 26 montre les coûts totaux liés à la prestation de soins selon le sexe pour les six chapitres de la CIM les plus coûteux. En comparaison avec les femmes, les hommes génèrent des coûts plus élevés uniquement pour les blessures et les troubles mentaux.

FIGURE 26 : Coûts totaux liés à la prestation de soins selon le sexe, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010 (000 000 $)



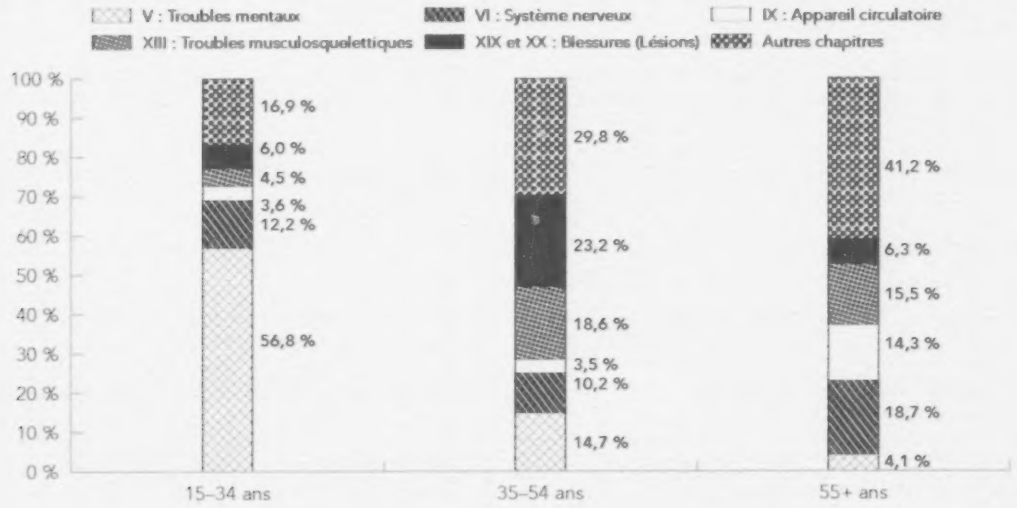
La Figure 27 affiche le pourcentage des coûts totaux liés à la prestation de soins et le pourcentage de la population par groupe d'âge. Les personnes de 75 ans et plus ont généré le pourcentage le plus élevé de coûts liés à la prestation de soins (29 % ou 59 M$); toutefois, les personnes de 15–54 ans ont généré près de la moitié des coûts liés à la prestation de soins. Il est à noter que, pour les deux groupes les plus âgés, le pourcentage de coûts est plus important que la proportion de ces mêmes groupes dans l'ensemble de la population. Par exemple, les personnes de 75 ans et plus forment seulement 8 % de la population, mais génèrent 29 % des coûts totaux liés à la prestation de soins.

FIGURE 27 : Pourcentage des coûts totaux liés à la prestation de soins et population par groupe d'âge, Canada, 2010



La Figure 28 illustre le pourcentage des coûts totaux liés à la prestation de soins par groupe d'âge pour les cinq problèmes de santé les plus coûteux [18]. Chez les 15 à 34 ans, le pourcentage le plus élevé de coûts liés à la prestation de soins était associé aux troubles mentaux et comportementaux (57 %). Les blessures représentaient le pourcentage le plus élevé de coûts liés à la prestation de soins pour les 35–54 ans (23 %), tandis que les troubles du système nerveux (19 %) formaient la catégorie ayant le plus contribué aux coûts liés à la prestation de soins chez les 55 ans et plus.

FIGURE 28 : Pourcentage des coûts totaux liés à la prestation de soins selon le groupe d'âge, pour certains chapitres de la CIM, Canada, 2010



[18] Des groupes d'âge ont été combinés en raison de l'obtention de cases trop petites lorsque les données sont ventilées par chapitre de la CIM.

COÛTS TOTAUX

Le Tableau 8 montre les coûts totaux par chapitre de la CIM et par élément de coût, y compris les services dentaires et les soins de la vue. Une fois les services de soins dentaires inclus, le chapitre XI, Maladies de l'appareil digestif, devient le chapitre de la CIM le plus coûteux et représente 15 % (19,6 G$) des coûts totaux calculés dans le FEMC. Voici les six chapitres de la CIM les plus coûteux qui suivaient dans l'ordre : ch. XXI – Blessures (Lésions) (18,6 G$ ou 14 %); ch. XXI – Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (15,3 G$ ou 12 %); ch. IX – Maladies de l'appareil circulatoire (13,6 G$ ou 10 %); ch. X – Maladies de l'appareil respiratoire (9,6 G$ ou 7 %); ch. XIII – Troubles musculosquelettiques (8,7 G$ ou 7 %).

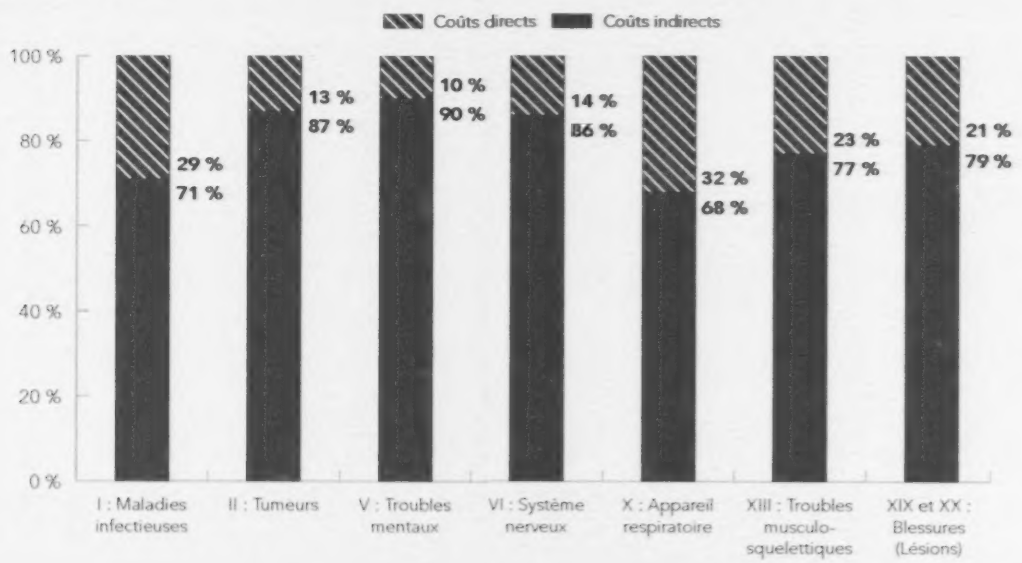
TABLEAU 8 : Coûts totaux du FEMC, Canada, 2010

	Coûts directs		Coûts indirects		Total	
I : Maladies infectieuses	2,254	2.00	925	4.90	3,179	2.40
II : Tumeurs	5,360	4.80	790	4.20	6,150	4.70
III : Maladies du sang	595	0.50	13	0.10	608	0.50
IV : Endocriniennes et connexes	5,467	4.90	215	1.10	5,682	4.30
V : Troubles mentaux	10,440	9.30	1,213	6.40	11,653	8.90
VI : Système nerveux	2,730	2.40	429	2.30	3,159	2.40
VII : Maladies de l'œil et connexes	6,449	5.80	46	0.20	6,495	5.00
VIII : Oreille et connexes	711	0.60	22	0.10	733	0.60
IX : Appareil circulatoire	13,000	11.60	644	3.40	13,644	10.40
X : Appareil respiratoire	6,514	5.80	3,094	16.30	9,608	7.30
XI : Appareil digestif	19,185	17.20	361	1.90	19,546	14.90
XIII : Peau et connexes	2,071	1.90	21	0.10	2,092	1.60
XIII : Troubles musculosquelettiques	6,716	6.00	1,985	10.50	8,701	6.70
XIV : Troubles génito-urinaires	4,747	4.20	344	1.80	5,091	3.90
XV : Grossesse et accouchement	2,469	2.20	25	0.10	2,494	1.90
XVI : Affections périnatales	1,072	1.00	0	0.00	1,072	0.80
XVII : Malformations congénitales	774	0.70	18	0.10	792	0.60
XVIII : Symptômes, etc.	7,019	6.30	95	0.50	7,114	5.40
XIX et XX : Blessures (Lésions)	14,748	13.20	3,806	20.10	18,554	14.20
XXI : Facteurs influant sur l'état de santé	15,262	13.70	9	0.00	15,271	11.70
Non réparti	10	0.00	4,918	25.90	4,929	3.80
Total	**111,793**	**100.00**	**18,974**	**100.00**	**130,767**	**100.00**

SOURCE : FEMC 2010

La Figure 29 présente le pourcentage de coûts directs et indirects par rapport aux coûts totaux pour les chapitres de la CIM ayant les pourcentages les plus élevés de coûts indirects. Les coûts indirects sont plus importants dans le cas des maladies de l'appareil respiratoire (32 %) et des maladies infectieuses (29 %). Étant donné la mesure dans laquelle les coûts indirects varient selon le chapitre de la CIM, il est important d'en tenir compte au moment d'examiner le CM, plus particulièrement dans les évaluations économiques, afin de s'assurer que la totalité du fardeau sociétal est pris en considération dans le processus décisionnel. En raison de la méthodologie utilisée (soit la méthode du coût de friction) et du fait que l'on ne peut tenir compte de toute la portée des coûts indirects, on convient que les estimations produites sont de nature conservatrice. Par ailleurs, le FEMC ne comprend aucun résultat en matière de santé et ne traite pas des coûts liés à la douleur, à la souffrance et à la vie. Par conséquent, bien que le FEMC fournisse des données qui nous dressent un portrait se rapprochant davantage de la totalité des coûts sociétaux liés aux maladies et aux blessures, elle ne permet pas encore d'avoir une image complète de la situation.

FIGURE 29 : Pourcentage de coûts directs et indirects par comparaison avec les coûts totaux, Canada, 2010



LIMITES

Depuis sa première publication en 1991, le FEMC a connu des changements sur le plan des sources de données et des méthodes utilisées, que ce soit pour donner suite à des nouveautés dans les méthodes de calcul du CM ou pour répondre à des besoins des utilisateurs et/ou des intervenants.

Le changement le plus évident entre les différentes versions de le FEMC concerne les catégories de diagnostics utilisées. Le FEMC de 2010 répartit les dépenses par chapitre de la CIM et dans plus de 185 catégories de diagnostics, qui se fondent sur l'ISHMT. Grâce à ce changement, on s'assure de regrouper les données disponibles de manière utile pour le public canadien. Cette façon de faire est également conforme aux directives produites récemment par l'OCDE et permet de faire des comparaisons à l'échelle internationale. Cependant, le changement dans les catégories de diagnostics a une incidence sur la capacité d'établir des comparaisons entre les différentes versions du FEMC. Bien que l'on ait tenté de rendre les catégories de diagnostics le plus comparable possible, on recommande aux utilisateurs de ne pas comparer les résultats d'une année à l'autre et de tenir compte du fait que certaines différences pourraient être attribuables à des changements dans les catégories, ou les méthodes, et non dans la consommation réelle de ressources.

Il est également important de noter que les coûts attribués à une maladie ou à une catégorie de diagnostics ne sont pas le reflet du fardeau économique total associé à cette maladie ou catégorie. Étant donné que les dépenses n'ont pas pu être toutes attribuées à une catégorie de diagnostics précise, il pourrait être plus approprié d'examiner le pourcentage de dépenses réparties assignées à chacune des catégories de diagnostics. Cela suppose toutefois que la distribution des dépenses non réparties serait semblable à celle des dépenses réparties.

Les estimations du FEMC de 2010 se fondent sur un large éventail de sources de données, y compris différents niveaux d'information. Il n'a pas été possible d'obtenir des données pour l'ensemble des provinces; dans bien des cas, les données ont dû être estimées en fonction des répartitions effectuées dans d'autres régions ou administrations. Les sources de données comprenaient également des données administratives ainsi que des données d'enquête, ce qui a eu une incidence sur la précision des résultats. La plupart des coûts directs étaient basés sur des données relatives aux dépenses réelles, tandis que les coûts directs liés à la prestation de soins se fondaient sur des données d'enquête, ce qui a donné différents niveaux de qualité. Nous nous sommes cependant efforcés de répartir les données dans les bonnes catégories de coûts en fonction de l'ensemble des définitions. Il convient également de noter qu'il n'a pas été possible d'obtenir des données sur les médecins pour l'ensemble des provinces et des territoires; étant donné les différences démographiques majeures entre les provinces et les territoires, il faut se montrer prudent au moment d'analyser les résultats.

L'un des avantages de l'utilisation d'une approche descendante pour répartir les dépenses en santé en fonction de la maladie, de l'âge et du sexe est le fait que toutes les dépenses sont attribuées à différents groupes de maladies qui s'excluent mutuellement, ce qui élimine le risque de double comptage. Cependant, une telle approche peut très bien donner un résultat qui sous-estime les coûts liés à certaines maladies qui pourraient être associées à d'autres troubles concomitants ou être des facteurs de risque pour d'autres problèmes de santé. Par exemple, il est connu que le diabète, qui a un code unique de CIM–10 contribue à d'autres maladies, comme les maladies cardiovasculaires. Ainsi, pour estimer les coûts totaux, ou l'ensemble des répercussions, d'une maladie de ce genre, il faut également tenir compte des troubles concomitants associés à celle-ci. Il est possible d'y parvenir en utilisant des fractions étiologiques du risque (p. ex. Le Conference Board du Canada, 2017 [38]).

Conformément à ce qui a été signalé précédemment, les répercussions sur le marché du travail associées aux maladies et aux blessures, y compris la perte de productivité, les salaires moins élevés et la diminution du nombre d'années d'expérience, et d'autres incidences macroéconomiques n'ont pas fait l'objet d'une modélisation complète dans le FEMC. De plus, l'application de la MCF pour évaluer les coûts de la mortalité donne également une estimation prudente. Par conséquent, le FEMC doit être interprétée comme étant la limite inférieure des coûts associés aux maladies et aux blessures.

RÉFÉRENCES

(1) Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2006). *Guidelines for the economic evaluation of health technologies: Canada [3rd Edition]*. Ottawa.

(2) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2008). *DAD Resource Intensity Weights and Expected Length of Stay for CMG+ 2008*. Ottawa: CIHI.

(3) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Data Quality Documentation for External Users: National Ambulatory Care Reporting System,2010–2011*. Ottawa: CIHI.

(4) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Data Quality Documentation: Discharge Abstract Database, 2010–2011 (Executive Summary)*. Ottawa: CIHI.

(5) Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Data Quality Documentation: Hospital Morbidity Database (HMDB), 2010–2011*.

(6) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Discharge Abstract Database (DAD), 2010–2011*. Ottawa: CIHI.

(7) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Hospital Mental Health Database, 2010–2011*. Ottawa: CIHI.

(8) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Hospital Mental Health Database, 2010–2011: User Documentation*. Ottawa: CIHI.

(9) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Hospital Morbidity Database (HMDB), 2010*. Ottawa: CIHI.

(10) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *National Ambulatory Care Reporting System (NACRS), 2010*. Ottawa: CIHI.

(11) Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2015). *National Health Expenditure Trends, 1975–2015*. Ottawa: CIHI.

(12) Canadian Institute for Health Information. (2012). *Canadian Coding Standards for Version 2012 ICD-10-CA and CCI*. Ottawa: CIHI.

(13) Conference Board of Canada. (2017). *The Costs of Tobacco Use in Canada* . Ottawa.

(14) Devaux, M., & Sassi, F. (2015). *The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use, and other Related Chronic Diseases*. Paris: OECD Publishing.

(15) Eurostat/OECD/WHO. (2017, 02 08). *International shortlist for hospital morbidity tabulation (ISHMT) Version 2008–11–10*. From http://apps.who.int/classifications/apps/icd/implementation/hospitaldischarge.htm.

(16) Goeree, R., O'Brien, B. J., Blackhouse, G., Agro, K., & Goering, P. (1999). The valuation of productivity costs due to premature mortality: A comparison of the Human-Capital and Friction-Cost Methods for Schizophrenia. *Can J Psychiatry 1999, 44*, 455–463.

(17) Health Canada. (2002). *Economic Burden of Illness in Canada, 1998*. Ottawa: Health Canada.

(18) Hopkins, R., Goeree, R, & Longo, C. (2010). Estimating the national wage loss from cancer in Canada. *Current Oncology, 17* (2), 40–49.

(19) IMS Brogan. (2010). *Canadian Drug and Therapeutic Index (CDTI), 2010.* Ottawa: IMS Health.

(20) IMS Brogan. (2010). *CompuScript, 2010.* Ottawa: IMS Health.

(21) Koopmanschap, M. A., & Rutten, F. (1996). A practical guide for calculating indirect costs of disease. *Pharmacoeconomics, 10* (5), 460–466.

(22) Koopmanschap, M. A., & van Ineveld, B. (1992). Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Soc. Sci. Med, 34* (9), 1005–1010.

(23) Koopmanschap, M., Rutten, F., van Ineveld, B., & van Roijen, L. (1995). The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of Health Economics, 14*, 171–189.

(24) Moore, R., Mao, Y., Zhang, J., & Clarke, K. (1997). *Economic Burden of Illness in Canada, 1993.* Ottawa: Health Canada.

(25) Nyman, J. A. (2012). Productivity costs revisited: Towards a new US policy. *Health Economics, 21*, 1387–1401.

(26) OECD. (n.d.). Data extracted on 06 Sep 2017 from OECD. Stat. Health expenditures: OECD.Stat.

(27) OECD. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care.* Paris: OECD Publishing.

(28) OECD, Eurostat, WHO. (2011). *A System of Health Accounts, 2011 Edition.* Paris: OECD Publishing.

(29) Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2000). *A System of Health Accounts.* Paris: OECD.

(30) Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2013). *Extension of work on expenditure by disease, age and gender.* Paris: OECD, Health Division, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.

(31) Public Health Agency of Canada. (2014). *Economic Burden of Illness in Canada, 2005–2008.* Ottawa: PHAC.

(32) Rice, D. (1967). Estimating the Cost of Illness. *American Journal of Public Health, 57* (3), 424–440.

(33) Statistics Canada. *Canadian Community Health Survey: Annual Component—2010 Questionnaire.*

(34) Statistics Canada. (2011). *Canadian Community Health Survey—Annual Component: 12 Month Share File, 2010.* Ottawa: Statistics Canada.

(35) Statistics Canada. (2012). *General Social Survey: Caregiving and Care Receiving, Public Use Microdata File: 2012 (Cycle 26).*

(36) Statistics Canada. *Table 202–0407—Income of individuals by sex, age group and income source.*

(37) Statistics Canada. *Table 202–0407—Income of individuals, by sex, age group and income source, 2010 constant dollars, annual, CANSIM (database).*

(38) Statistics Canada. *Table 282–0002: Labour Force survey (LFS) estimates, duration of unemployment by sex and age group, annual.*

(39) Statistics Canada. *Table 326-0021—Consumer Price Index (CPI), 2009 basket, annual.*

(40) Wigle, D. T., Mao, Y., Wong, T., & Lane, R. (1991). Economic Burden of Illness in Canada, 1986. *Chronic Dis Can, 12* (Suppl 3), 1–37.

ANNEXE : CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS DU FEMC

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
I	**100**	**100**	**Certaines maladies infectieuses et parasitaires**	**A00–B99**
I	101	101	Clostridium difficile	A04.7
I	102	101	Maladies infectieuses intestinales sauf la diarrhée (et le C. difficile)	A00–A08 (sauf A04.7)
I	103	102	Diarrhée et gastroentérite d'origine infectieuse présumée	A09
I	104	103	Tuberculose	A15–A19, B90
I	105	104	Septicémie	A40–A41
I	106	105	Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	B20–B24
I	107	106	Maladies transmises sexuellement	A50–A64
I	108	106	Autres maladies infectieuses et parasitaires	Reste de la catégorie A00–B99
II	**200**	**200**	**Tumeurs**	**C00–D48**
II	201	209	Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	C00–C14
II	202	209	Tumeur maligne de l'œsophage	C15
II	203	209	Tumeur maligne de l'estomac	C16
II	204	201	Tumeur maligne du côlon, du rectum et de l'anus	C18–C21
II	205	209	Tumeur maligne du foie	C22.0, C22.2–C22.7
II	206	209	Tumeur maligne du pancréas	C25
II	207	209	Tumeur maligne du larynx	C32
II	208	202	Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	C33–C34
II	209	203	Tumeurs malignes de la peau – mélanomes	C43
II	210	203	Tumeurs malignes de la peau – autres	C44
II	211	204	Tumeur maligne du sein	C50
II	212	205	Tumeur maligne de l'utérus – col utérin	C53
II	213	205	Tumeur maligne de l'utérus – autre	C54–C55
II	214	206	Tumeur maligne de l'ovaire	C56

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
II	215	207	Tumeur maligne de la prostate	C61
II	216	209	Tumeur maligne du testicule	C62
II	217	209	Tumeur maligne du rein	C64–C65
II	218	208	Tumeur maligne de la vessie	C67
II	219	209	Tumeur maligne du cerveau	C70–C72
II	220	209	Tumeur maligne de la glande thyroïde	C73
II	221	209	Lymphome hodgkinien	C81
II	222	209	Lymphome non hodgkinien	C82–C85, C96.3
II	223	209	Myélome multiple	C90.0, C90.2
II	224	209	Leucémie	C90.1, C91–C95
II	225	209	Autres tumeurs malignes	Reste de la catégorie C00–C97
II	226	210	Carcinome in situ	D00–D09
II	227	211	Tumeurs bénignes du côlon, du rectum et de l'anus	D12
II	228	212	Léiomyome de l'utérus	D25
II	229	213	Autres tumeurs bénignes et tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	Reste de la catégorie D00–D48
III	**300**	**300**	**Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire**	**D50–D89**
III	301	301	Anémies – anémie ferriprive	D50
III	302	301	Anémies – autre	D51–D64
III	303	302	Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	D65–D89
IV	**400**	**400**	**Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques**	**E00–E90**
IV	401	401	Diabète sucré	E10–E14
IV	402	402	Autres maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Reste de la catégorie E00–E90
V	**500**	**500**	**Troubles mentaux et comportementaux**	**F00–F99**
V	501	501	Démence	F00–F03
V	502	502	Troubles mentaux et comportementaux causés par l'alcool	F10
V	503	503	Troubles mentaux et comportementaux causés par d'autres substances psychoactives	F11–F19

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
V	504	504	Schizophrénie et troubles schizothymiques et délirants	F20–F29
V	505	505	Troubles de l'humeur (affectifs)	F30–F39
V	506	506	Autres troubles mentaux et du comportement	Reste de la catégorie F00–F99
VI	**600**	**600**	**Maladies neurologiques**	**G00–G99**
VI	601	601	Maladie d'Alzheimer	G30
VI	602	602	Sclérose en plaques	G35
VI	603	603	Épilepsie	G40–G41
VI	604	604	Accidents ischémiques transitoires et syndromes connexes	G45
VI	605	605	Méningite bactérienne	G00
VI	606	605	Méningite attribuable à d'autres organismes ou de cause non précisée	G03
VI	607	605	Maladie de Parkinson et syndrome parkinsonien secondaire	G20–G21
VI	608	605	Migraine	G43
VI	609	605	Autres maladies du système nerveux	Reste de la catégorie G00–G99
VII	**700**	**700**	**Maladies de l'œil et de ses annexes**	**H00–H59**
VII	701	701	Cataracte	H25–H26, H28
VII	702	702	Autres maladies de l'œil et de ses annexes	Reste de la catégorie H00–H59
VIII	**800**	**800**	**Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde**	**H60–H95**
VIII	801	800	Otite moyenne	H65–H66
VIII	802	800	Perte auditive	H90–H91
VIII	803	800	Autres maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Reste de la catégorie H60–H95
IX	**900**	**900**	**Maladies de l'appareil circulatoire**	**I00–I99**
IX	901	901	Hypertension essentielle	I10
IX	902	901	Autres affections hypertensives	I11–I13, I15
IX	903	902	Angine de poitrine	I20
IX	904	903	Infarctus aigu du myocarde	I21–I22
IX	905	904	Autres cardiopathies ischémiques	I23–I25
IX	906	905	Cœur pulmonaire et troubles de la circulation pulmonaire	I26–I28

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
IX	907	906	Troubles de la conduction et arythmies cardiaques	I44–I49
IX	908	907	Insuffisance cardiaque	I50
IX	909	908	Infarctus cérébral	I63
IX	910	908	Hémorragie sous-arachnoïdienne	I60
IX	911	908	Hémorragie intracérébrale	I61
IX	912	908	Accident vasculaire cérébral aigu, mais mal défini	I64
IX	913	908	Autres maladies cérébrovasculaires	I62, I65–I69
IX	914	909	Athérosclérose	I70
IX	915	910	Varices des membres inférieurs	I83
IX	916	911	Autres maladies de l'appareil circulatoire	Reste de la catégorie I00–I99
X	**1000**	**1000**	**Maladies de l'appareil respiratoire**	**J00–J99**
X	1001	1001	Grippe	J09–J11
X	1002	1001	Autres infections aiguës des voies respiratoires supérieures	J00–J06
X	1003	1002	Pneumonie	J12–J18
X	1004	1003	Autres infections aiguës des voies respiratoires inférieures	J20–J22
X	1005	1004	Maladies chroniques des amygdales et des adénoïdes	J35
X	1006	1005	Autres maladies des voies respiratoires supérieures	J30–J34, J36–J39
X	1007	1006	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	J40–J44
X	1008	1006	Bronchectasie	J47
X	1009	1007	Asthme	J45–J46
X	1010	1008	Autres maladies de l'appareil respiratoire	J60–J99
XI	**1100**	**1100**	**Maladies de l'appareil digestif**	**K00–K93**
XI	1101	1101	Affections des dents et du paradonte	K00–K08
XI	1102	1102	Autres maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires	K09–K14
XI	1103	1103	Maladies de l'œsophage	K20–K23
XI	1104	1104	Ulcère gastroduodénal	K25–K28
XI	1105	1105	Dyspepsie et autres maladies de l'estomac et du duodénum	K29–K31

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
XI	1106	1106	Maladies de l'appendice	K35–K38
XI	1107	1107	Hernie inguinale	K40
XI	1108	1108	Autres hernies abdominales	K41–K46
XI	1109	1109	Maladie de Crohn et colite ulcéreuse	K50–K51
XI	1110	1110	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses	K52
XI	1111	1111	Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie	K56
XI	1112	1112	Diverticulose de l'intestin	K57
XI	1113	1113	Maladies de l'anus et du rectum	K60–K62
XI	1114	1114	Autres maladies de l'intestin	K55, K58–K59, K63
XI	1115	1115	Maladie hépatique causée par l'alcool	K70
XI	1116	1116	Fibrose et cirrhose hépatiques	K74
XI	1117	1117	Autres maladies du foie	K71–K73, K75–K77
XI	1118	1118	Cholélithiase	K80
XI	1119	1119	Autres maladies de la vésicule biliaire et du tractus biliaire	K81–K83
XI	1120	1120	Maladies du pancréas	K85–K87
XI	1121	1121	Autres maladies de l'appareil digestif	Reste de la catégorie K00–K93
XIII	**1200**	**1200**	**Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané**	**L00–L99**
XIII	1201	1201	Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	L00–L08
XIII	1202	1202	Dermatoses, eczémas et blessures (lésions) papulo-squameuses	L20–L45
XIII	1203	1203	Autres maladies de la peau et du tissu cellulaire souscutané	Reste de la catégorie L00–L99
XIII	**1300**	**1300**	**Maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif**	**M00–M99**
XIII	1301	1301	Coxarthrose [arthrose de la hanche]	M16
XIII	1302	1302	Gonarthrose (arthrose du genou)	M17
XIII	1303	1303	Affection intra-articulaire du genou	M23
XIII	1304	1304	Autre arthrose	M15, M18–M19
XIII	1305	1304	Polyarthrite rhumatoïde	M05–M06
XIII	1306	1304	Goutte	M10

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
XIII	1307	1304	Autres arthropathies	M00–M03, M07–M09, M11–M14, M20–M22, M24–M25
XIII	1308	1305	Atteintes systémiques du tissu conjonctif	M30–M36
XIII	1309	1306	Dorsopathies avec déformation et spondylopathies	M40–M49
XIII	1310	1307	Troubles des disques intervertébraux	M50–M51
XIII	1311	1308	Dorsalgie	M54
XIII	1312	1309	Maladies des tissus mous	M60–M79
XIII	1313	1310	Ostéoporose	M80, M81
XIII	1314	1310	Autres maladies du système musculo-squelettique et du tissu conjonctif	M53, M80–M99
XIV	**1400**	**1400**	**Maladies de l'appareil génito-urinaire**	**N00–N99**
XIV	1401	1401	Glomérulopathies et maladies rénales tubulo-interstitielles	N00–N16
XIV	1402	1402	Insuffisance rénale aiguë	N17
XIV	1403	1402	Insuffisance rénale chronique	N18
XIV	1404	1402	Insuffisance rénale, sans précision	N19
XIV	1405	1403	Urolithiase	N20–N23
XIV	1406	1404	Autres maladies de l'appareil urinaire	N25–N39
XIV	1407	1405	Hyperplasie de la prostate	N40
XIV	1408	1406	Autres maladies des organes génitaux mâles	N41–N51
XIV	1409	1407	Maladies du sein	N60–N64
XIV	1410	1408	Maladies inflammatoires des organes pelviens féminins	N70–N77
XIV	1411	1409	Troubles de la ménopause et autres affections des organes génitaux de la femme et du cycle menstruel	N91–N95
XIV	1412	1410	Autres maladies de l'appareil génito-urinaire	Reste de la catégorie N00–N99
XV	**1500**	**1500**	**Grossesse, accouchement et puerpéralité**	**O00–O99**
XV	1501	1501	Avortement médical	O04
XV	1502	1502	Grossesse se terminant par un avortement	O00–O03, O05–O08
XV	1503	1503	Œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité	O10–O16

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
XV	1504	1503	Autres affections maternelles liées principalement à la grossesse	O20–O48
XV	1505	1504	Arrêt de progression du travail (dystocie)	O64–O66
XV	1506	1504	Autres complications de la grossesse principalement liées au travail et à l'accouchement	O67–O75
XV	1507	1505	Accouchement spontané simple	O80
XV	1508	1506	Autres accouchements	O81–O84
XV	1509	1507	Sepsie maternelle	O85–O86
XV	1510	1507	Autres complications surtout au cours de la puerpéralité	O87–O92
XV	1511	1508	Autres troubles obstétriques	O94, O95–O99
XVI	**1600**	**1600**	**Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale**	**P00–P96**
XVI	1601	1601	Anomalies liées à la brièveté de la gestation et au poids insuffisant à la naissance	P07
XVI	1602	1602	Retard de croissance du fœtus et malnutrition fœtale	P05
XVI	1603	1602	Asphyxie à la naissance et traumatisme à la naissance	P03, P10–P15, P20–P29
XVI	1604	1602	Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Reste de la catégorie P00–P96
XVII	**1700**	**1700**	**Malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques**	**Q00–Q99**
XVII	1701	1700	Anomalies congénitales du cœur	Q20–Q28
XVII	1702	1700	Autres malformations congénitales, déformations et anomalies chromosomiques	Reste de la catégorie Q00–Q99
XVIII	**1800**	**1800**	**Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs**	**R00–R99**
XVIII	1801	1801	Douleur à la gorge et à la poitrine	R07
XVIII	1802	1802	Douleur abdominale et pelvienne	R10
XVIII	1803	1803	Causes de morbidité inconnues et non précisées (y compris celles non associées à un diagnostic)	R69
XVIII	1804	1804	Autres symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	Reste de la catégorie R00–R99

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
XIX	**1900**	**1900**	**Blessures (Lésions) traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes (code de lésion de type 1)** [a]	**S00–T98**
XIX	1901	1901	Traumatismes intracrâniens	S06
XIX	1902	1902	Autres blessures (lésions) à la tête	S00–S05, S07–S09
XIX	1903	1903	Fracture de l'avant-bras	S52
XIX	1904	1904	Fracture du fémur	S72
XIX	1905	1905	Fracture de la jambe, y compris de la cheville	S82
XIX	1906	1906	Autres blessure (lésions)	S10–S51, S53–S71, S73–S81, S83–T14, T79
XIX	1907	1907	Brûlures et corrosions	T20–T32
XIX	1908	1908	Intoxication par des médicaments et des substances biologiques et effets toxiques de substances essentiellement non médicinales à l'origine	T36–T65
XIX	1909	1909	Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	T80–T88
XIX	1910	1910	Séquelles des blessures (lésions), des empoisonnements et de certaines autres conséquences de causes externes	T90–T98
XIX	1911	1911	Autres effets non précisés de causes externes	Reste de la catégorie S00–T98
XX	**2000**	**S. O.**	**Causes externes de morbidité et de mortalité (code de blessure (lésion) de type 2)** [a]	**V01–Y98**
XX	2001	S. O.	Accidents de la circulation	V01–V06 et quatrième chiffre 1–9 (ex. V01.1, V01.2, V01.3, etc.); V09.2; V09.3; V10, V11, V15–V18 et V29–V79 quatrième chiffre 4–9; V12–V14 et V20–V28 quatrième chiffre 3–9; V19.4–V19.6; V80.3–V80.5; V81.1; V82.1; V83–V86 quatrième chiffre 0–3; V87.0–V87.8, V89.2; V89.9; V99; Y85.0

Chapitre de la CIM	Code du FEMC	Code la classification ISHMT	Catégorie de diagnostics du FEMC	Code CIM-10
XX	2002	S. O.	Empoisonnements	X40–X49
XX	2003	S. O.	Chutes	W00–W19
XX	2004	S. O.	Incendies	X00–X09
XX	2005	S. O.	Noyade	W65–W74
XX	2006	S. O.	Autres blessures (lésions) accidentelles	Reste des catégories V, W20–W64, W75–W99, X10–X39, X50–X59, Y40–Y86 (sauf Y85.0), Y88, Y89 (sauf Y89.9)
XX	2007	S. O.	Lésions auto-infligées	X60–X84, Y87.0
XX	2008	S. O.	Violence	X85–Y09, Y87.1
XX	2009	S. O.	Autres blessures (lésions) intentionnelles	Y35, Y36
XX	2010	S. O.	Blessures (lésions) d'intention indéterminée	Y10–Y34, Y87.2, Y89.9
XXI	**2100**	**2100**	**Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé**	**Z00–Z99**
XXI	2101	2101	Mise en observation et examen médical pour suspicion de maladies	Z03
XXI	2102	2102	Prise en charge de la contraception	Z30
XXI	2103	2103	Enfants nés vivants, selon le lieu de naissance (« enfants nés en santé »)	Z38
XXI	2104	2104	Autres soins médicaux (y compris les séances de radiothérapie et de chimiothérapie)	Z51
XXI	2105	2105	Autres facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Reste de la catégorie Z00–Z99

* Veuillez noter que les données sur les coûts directs (hôpitaux, médicaments, et médecins) classaient les lésions dans le chapitre XIX de la CIM, « Blessures (Lésions) traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes (code de lésion de type 1) ». Les coûts de mortalité associés aux lésions sont basés sur les données statistiques de l'état civil où elles étaient classées dans le chapitre XX de la CIM, « Causes externes de morbidité et de mortalité (code de blessure (lésion) de type 2 ». Il faut donc inclure les deux types de coûts associés aux lésions quand on évalue les coûts totaux.